



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**O MUNDO DO TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL
DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS:**

Recriando o Cotidiano em Busca da Convivência Saudável

Dissertação de Mestrado

Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso

Florianópolis

2002

Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso

**O MUNDO DO TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL
DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS:
Recriando o Cotidiano em Busca da Convivência Saudável**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientadora: Prof^a. Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO

FLORIANÓPOLIS

2002

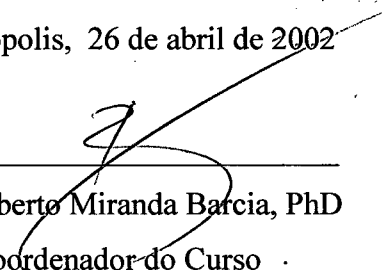
Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso

**O MUNDO DO TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL
DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS:**

Recriando o Cotidiano em Busca da Convivência Saudável

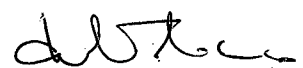
Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de abril de 2002

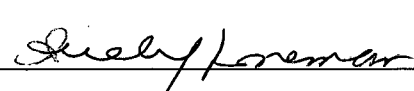


Prof. Roberto Miranda Barcia, PhD
Coordenador do Curso


BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dra. Zuleica Maria Patrício
Orientadora



Prof.^a. Dra. Suely Grosseman



Prof.^a. Dra. Anete Araújo de Sousa

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Mário e Anabel,
símbolos de ternura e exemplos de força e trabalho;
ao meu amor, Jorge Eduardo,
expressão de dedicação e apoio incondicional;
à minha filha, Mariana,
presente de Deus para me fazer feliz.

AGRADECIMENTOS

À Maria de Jesus Jorge Torres, da Universidade Federal do Maranhão, por sua amizade e decisão na concretização deste sonho.

À Prof. Dra. Zuleica Maria Patrício, por acreditar em mim e pela sabedoria e competência na arte de ensinar a pesquisa qualitativa.

À Dra. Suely Grosseman, por sua atenção, solidariedade e contribuição desde o projeto de pesquisa.

À Dra. Anete Araújo de Souza, por suas valiosas sugestões no julgamento da dissertação.

Aos trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, que tornaram possível a realização deste estudo.

Aos profissionais de saúde, que se dedicam ao tratamento das pessoas portadoras desta doença e colaboraram na minha caminhada.

Aos companheiros do Núcleo Transcriar, pelas trocas solidárias e construtivas.

Aos meus enteados, Daniel e Ricardo, pelo carinho, compreensão e ajuda inestimável na digitação.

À todos meus familiares, pelo afeto e apoio em todos os momentos.

Aos meus amigos, em especial às amigas de São Luis do Maranhão, pelas mensagens positivas.

Aos colegas de trabalho do Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina e à chefia do Serviço de Nutrição e Dietética, pelo apoio recebido.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO	06
2.1 A OPÇÃO PELO REFERENCIAL HOLÍSTICO-ECOLÓGICO	06
2.2 DIABETES MELLITUS E O TRATAMENTO NUTRICIONAL	11
2.3 O TRABALHO E OS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: A RELAÇÃO SAÚDE/DOENÇA E OS DIREITOS DOS TRABALHADORES	21
CAPÍTULO III – PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	29
CAPÍTULO IV – MÉTODO DO ESTUDO	31
4.1 ESCOLHA DO MÉTODO DE PESQUISA	31
4.2 ETAPAS DA PESQUISA	34
4.2.1 Entrando no Campo	34
4.2.2 Ficando no Campo	37
4.2.3 Saindo do Campo	40
CAPÍTULO V – IDENTIFICANDO PERCEPÇÕES DE INDIVÍDUOS SOBRE SUA CONDIÇÃO DE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS	41
5.1 APRESENTANDO OS SUJEITOS	42

5.2 IDENTIFICANDO SIGNIFICADOS DE SER PORTADOR DE DIABETES	
MELLITUS	44
5.3 IDENTIFICANDO HÁBITOS ALIMENTARES – ANTES E DEPOIS DO	
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS	56
CAPÍTULO VI – O TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL: Recriando	
o Cotidiano em Busca da Convivência Saudável	70
CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS.....	107

RESUMO

O Diabetes Mellitus é um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade e, pelo seu caráter crônico, requer cuidados constantes. Complicações, muitas vezes fatais, promovidas pela desassistência, podem ser suprimidas por ações de promoção, prevenção e tratamento. O tratamento nutricional, como medida exclusiva ou complementar, é elemento fundamental para o controle da doença. Entretanto, o acesso e adesão são normalmente difíceis e limitados por vários fatores, principalmente durante o horário de trabalho. Para conhecer melhor esta realidade, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa com trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, residentes em Florianópolis, SC, com o objetivo de conhecer como o trabalho influencia o tratamento nutricional de tais portadores. O estudo, do tipo descritivo – exploratório, realizou-se de junho de 2001 a fevereiro de 2002 e foi guiado por princípios do Referencial Holístico-Ecológico. Esta abordagem busca conhecer o máximo possível de um dado fenômeno, através de suas múltiplas dimensões, conexões e interações, levando em consideração a complexidade da realidade e a diversidade das necessidades individuais e coletivas do ser humano. A análise dos dados evidenciou os significados de ser portador de Diabetes Mellitus, os hábitos alimentares antes e após o diagnóstico da doença e as possibilidades e limitações do tratamento nutricional no trabalho. O tema emergente “tendo que recriar o cotidiano do processo de viver” foi comum a todos os sujeitos, devido às limitações em seguir o tratamento nutricional no trabalho, especialmente quanto à rigidez do padrão alimentar, às exigências de fracionamento e aos horários regulares de refeições, à disponibilidade de alimentos adequados e às discriminações por parte da direção e do departamento médico das empresas. Porém, ao recriarem o cotidiano, os portadores passam a viver situações inusitadas, com novos significados da doença e outras limitações, transformando este processo em círculo contínuo, em busca da melhor maneira de conviver na condição de portador de Diabetes Mellitus. Pela análise reflexiva dos dados, surgiram propostas no sentido de atentar para a importância do desenvolvimento de estratégias de tratamento nutricional no ambiente de trabalho e de relacionamento mais humanizado entre os envolvidos no processo, visando a expectativas positivas no entendimento, na aceitação e na adesão ao tratamento da doença. Considerando sempre a existência de compromisso mútuo de responsabilidade entre as partes.

ABSTRACT

The Diabetes Mellitus is one of the most serious current problem of public health and, because it's chronic mark, it requires constant care. Complications, often fatal, by the unassistance, can be suppressed by action of promotion, prevention and treatment. The nutritional handling, as measured exclusive or complementary, is the basic element for the illness control. However, the access and acceptance treatment are normally difficult and limited by some factors, mainly during the working hours. To better understand this reality, a qualitative research with workers carrying Diabetes Mellitus, residents in Florianópolis, SC was developed, aiming to know as the work influences the nutritional handling of such carriers. The study, of descriptive type – exploratory, was held June from 2001 till February of 2002 and was guided by principles of the Referential Holistic-Ecological. This approach looks for possible phenomena, through its multiple dimensions, connections and interactions, having in consideration the complexity of the reality and the diversity of the individual and collective necessities of the human being. The analysis of the data evidenced the meanings of being carrier of Diabetes Mellitus, the feed habits before and after the diagnosis of the illness and the possibilities and limitations of the nutritional handling in the work. Such subject “Recreating a life routine in search for a healthy relationship with the illness”, was common to all the interviewed people, due to the limitations in following the nutritional handling in the work, especially about the rigidity of the alimentary standard, to the requirements of break up and the regular schedules of meals, the little availability of adequate foods and the discriminations from medical departments and board of directors of the companies. However, when recreating a life routine, the carriers started living unusual situations, with new meanings of the illness and other limitations, transforming this process into continuous circle, fetching the best way to coexist with the condition of Diabetes Mellitus carrier. The reflexive analysis of the data, proposed an attempt to the importance of the development of strategies of nutritional handling in the work environment and to humanize relationships among those involved in the process. Therefore leading to an understanding positive acceptance to the handling of the illness. Considering always the existence of bilateral commitment of responsibility between the parts.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

"Ayudar a los demás es bueno, pero enseñarlos a ayudarse a sí mismos es mejor" (George Orwell apud OPS, 1996).

O Diabetes Mellitus é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle e tratamento de suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 1996).

É uma doença crônica, decorrente da falta do hormônio pancreático insulina, ou da incapacidade de o mesmo exercer seus efeitos metabólicos (DAVIDSON, 2001).

No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD-(2001), a prevalência da doença, na população urbana de trinta a sessenta e nove anos, é de 7,6%, magnitude semelhante à de países desenvolvidos. O Diabetes Mellitus atinge a população como um todo, podendo surgir em qualquer idade, e aumenta, consideravelmente, com o progredir da idade. É a terceira causa de mortalidade, depois das cardiopatias e do câncer.

Nas últimas décadas, a prevalência do Diabetes Mellitus vem aumentando em quase todos os países. Isto decorre de uma série de fatores, entre os quais podem-se destacar: mudanças do estilo de vida (urbanização, modernização, sedentarismo, novos

hábitos alimentares) e aumento da média de vida da população. Conforme dados de previsão da Organização Mundial de Saúde – OMS - (*apud* SBD, 2001), o Diabetes Mellitus tipo 2 deverá ter caráter epidêmico neste século, passando dos atuais 160 milhões de portadores no mundo para 320 milhões nos próximos vinte e cinco anos.

As repercussões sociais e econômicas refletem-se nos índices de mortes prematuras e de invalidez precoce, com conseqüente diminuição da expectativa de vida, da qualidade de vida e da força de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993a).

Vê-se com freqüência que os portadores, por desconhecerem a doença ou a sua natureza, sofrem, desnecessariamente, com os problemas do Diabetes Mellitus nos diversos ambientes que freqüentam, principalmente no trabalho, que ocupa lugar fundamental na nossa sociedade.

A adesão ao tratamento do portador de Diabetes Mellitus é normalmente difícil e limitada (VIEIRA et al, 2000). O tratamento nutricional, a prática de exercícios físicos, o manejo do estresse e a educação são elementos fundamentais para o controle clínico da pessoa com a doença, entretanto, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (*apud* SBD, 1999, p. 68) “[...] a qualidade do tratamento atual está muito aquém do desejável, o que indica necessidade urgente de adoção de medidas educativas, tanto para os profissionais de saúde, como para a comunidade”.

Embora grandes investimentos no estudo desta doença tenham sido feitos, na tentativa de se obter maior controle da doença e de suas graves e freqüentes complicações, a maioria das publicações sobre Diabetes Mellitus apresentam com maior destaque, as alterações fisiológicas, não havendo a mesma preocupação em incluir as repercussões que esta patologia traz à vida profissional e familiar das pessoas.

Procurou-se neste estudo, dialogar com autores que abordassem com esse olhar o cotidiano do processo de viver com Diabetes Mellitus. O tema faz parte de minha história de vida pessoal, tem significado bastante marcante no que se refere a casos dessa doença vividos no núcleo familiar. Também é parte da minha trajetória profissional como Nutricionista, onde enfrento as limitações quanto à adesão ao tratamento nutricional ao orientar as pessoas com doenças crônicas, tal como o Diabetes Mellitus. Acredito que as limitações pessoais, bem como as de todos os profissionais de saúde, em relação ao tratamento desses indivíduos, podem ser resumidas pelas palavras sábias de Konrad Lorenz (*apud* ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1996): *“Se dijo, pero no se escuchó. Se escuchó, pero no se entendió. Se entendió, pero no se aceptó. Se aceptó, pero no se llevó a la práctica. Se llevo a la práctica, pero: ¿por cuánto tiempo?”*

Como mestrandia na Ergonomia motiva-me desenvolver esta investigação pelos inúmeros questionamentos e reflexões feitos em relação aos doentes crônicos na dimensão do trabalho, principalmente pelas limitações em seguir o tratamento nutricional no horário de trabalho que os portadores de Diabetes Mellitus revelavam nas consultas. Entende-se que o profissional de Nutrição, considerando a individualidade humana na complexidade de suas múltiplas interações, pode identificar possibilidades e limitações de ter qualidade de vida, de vontade e de direito no processo de viver saudável (PATRÍCIO, 1999).

Foi assim que surgiu o desafio de ter como **objetivo geral** do estudo conhecer a influência do trabalho no tratamento nutricional dos portadores de Diabetes Mellitus, a partir da percepção dos trabalhadores. Para alcançar este objetivo geral, os **objetivos específicos** que nortearam o estudo foram: (1) Identificar os significados de ser portador de Diabetes Mellitus; (2) Identificar os hábitos alimentares dos trabalhadores antes e após o

diagnóstico de Diabetes Mellitus e (3) analisar como as atividades de trabalho influenciavam no tratamento nutricional dos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus .

O estudo foi desenvolvido com uma abordagem qualitativa, baseada em princípios do Referencial Holístico – Ecológico, junto a trabalhadores residentes em Florianópolis, SC, entre junho de 2001 a fevereiro 2002.

A apresentação compõe-se de sete capítulos, a saber:

Capítulo I - Introdução – apresenta-se a contextualização do tema – O Mundo do Trabalho e o Tratamento Nutricional de Portadores de Diabetes Mellitus: recriando o cotidiano em busca da convivência saudável- os objetivos do estudo, a justificativa para tal, a estrutura da dissertação e a contribuição.

Capítulo II - Marco Teórico - constitui-se na construção de um marco teórico, bem como na articulação dos conceitos que possam estar indicando um olhar reflexivo do próprio estudo.

Capítulo III - Pressupostos do Estudo

Capítulo IV- Método do Estudo - apresenta-se o caminho do estudo, a trajetória metodológica que deu sustentação ao estudo.

Capítulo V - Identificando percepções de indivíduos sobre sua condição de portadores de Diabetes Mellitus (descrição e discussão) – identificam-se às percepções dos indivíduos sobre sua condição de portador de Diabetes Mellitus, os sujeitos do estudo e seus hábitos alimentares, antes e após o diagnóstico da doença.

Capítulo VI – O Trabalho e o Tratamento Nutricional: recriando o cotidiano em busca da convivência saudável (descrição e discussão) -

apresenta a discussão do tema emergente: recriando o cotidiano em busca da convivência saudável

Capítulo VII- Considerações Finais - traz as sínteses que este tema possibilitou ao estudo.

E, concluindo, são apresentadas as Referências Bibliográficas e os Anexos.

Esse estudo tem como **finalidades**: (1) produzir conhecimentos sobre o tratamento nutricional de portadores de Diabetes Mellitus no trabalho, colaborando para estudos nas áreas de Nutrição, Ergonomia e demais ciências afins; (2) possibilitar um cenário de reflexão sobre o tema, contribuindo para que pesquisas dessa natureza promovam estratégias de tratamento nutricional do portador de Diabetes Mellitus no ambiente de trabalho, auxiliando, assim, o desempenho das funções do profissional nutricionista (3) contribuir para a promoção de melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, tendo em vista o vínculo entre paciente, família, trabalho e profissionais de saúde, com expectativas positivas no entendimento, na aceitação e na adesão ao tratamento nutricional, medicamentoso, de controle clínico e de auto-cuidado;

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 A OPÇÃO PELO REFERENCIAL HOLÍSTICO- ECOLÓGICO

Dentre as diversas correntes de pensamento que têm orientado a pesquisa qualitativa, o enfoque *Holístico-Ecológico* vem se destacando nos meios de produção de conhecimento.

Hoje, nos parece difícil pensar em relacionar diferentes áreas de conhecimento, dada a especialização nas disciplinas. No entanto, as recentes discussões sobre a ciência, apontam para uma nova aliança, isto é, para a convergência de duas culturas, científica e humanista, que se interrogam sobre a significação dos mesmos fenômenos. Sendo assim, uma ciência reducionista cede cada vez mais o lugar a uma nova ciência holística.

Grosseman (2001, p. 27) resume essa “nova visão da realidade”: Esta (a visão holística) considera as conexões, inter-relações e interações com o universo e o cosmos, além das consideradas no mundo natural, social e histórico. Leva em consideração a complexidade da realidade, a complementaridade dos opostos e a diversidade das necessidades individuais e coletivas do ser humano, aonde cada elemento representa o todo

e está inserido em uma rede de fenômenos interligados, interdependentes e em constante interação (CREMA, 1991; BOFF, 1995; PATRÍCIO, 1995).

Patricio (1996), considera que os significados atribuídos às palavras “holístico” e “ecológico” isoladamente não abordam a amplitude e complexidade do processo de viver do ser humano e sua relação com a saúde individual-coletiva. Portanto, desde 1994, passou a denominar de Holístico-Ecológico o marco referencial que vem construindo e aperfeiçoando desde a década de oitenta e cujos fundamentos são baseados em princípios dos paradigmas emergentes.

Referindo-se ao Cuidado Holístico-Ecológico, Patricio (1999, p.36.) explica que

o pensar e fazer holístico e ecológico significam a vivência compartilhada de consciências que mobilizem perceber o caráter biológico e cultural do ser humano, a diversidade, a unicidade e universalidade, a integralidade e totalidade de cada ser, na relação consigo mesmo e em interações com outros seres humanos e as outras naturezas, em movimentos de tempo e espaço, particulares e coletivos; enfim, as relações do ser humano com a vida no planeta e no universo.

Para esta autora, se concebermos o homem como um ser único e indissociável do todo, e que interage consigo mesmo, com os outros e com os diversos ambientes ou dimensões, estaremos nos referindo à perspectiva holística; ao entendermos o ser como participante em diferentes meios, estamos nos referindo à perspectiva ecológica. Justifica que o sentido do termo ecológico refere-se à “ecologia profunda”, que considera o mundo como uma rede de fenômenos interligados e interdependentes, não como uma coleção de objetos isolados (PATRÍCIO, 1999).

Boff (1995) afirma que o ser humano se constrói e deve construir-se com e através de contradições, que se complementam. Cita que “Ele (o ser humano) inter-existe e co-existe com outros seres no mundo e no universo” (BOFF, 1995, p.21). Nesta lógica complexa, o universo funciona através de uma teia de relações interdependentes, pelas quais tudo tem a ver com tudo, em todos os momentos e em todas as circunstâncias.

Essas concepções permeiam o trabalho do profissional nutricionista quando analisa a história alimentar, respeitando as características físicas, emocionais, culturais, filosóficas e religiosas dos indivíduos nos diferentes contextos, consciente de sua responsabilidade como agente transformador, em prol de uma ciência da saúde mais voltada à prevenção das doenças. A Figura 1 ilustra como esta concepção pode auxiliar a abordagem do ser humano por inteiro - biológico, psico-espiritual, sócio-cultural e ecológico.

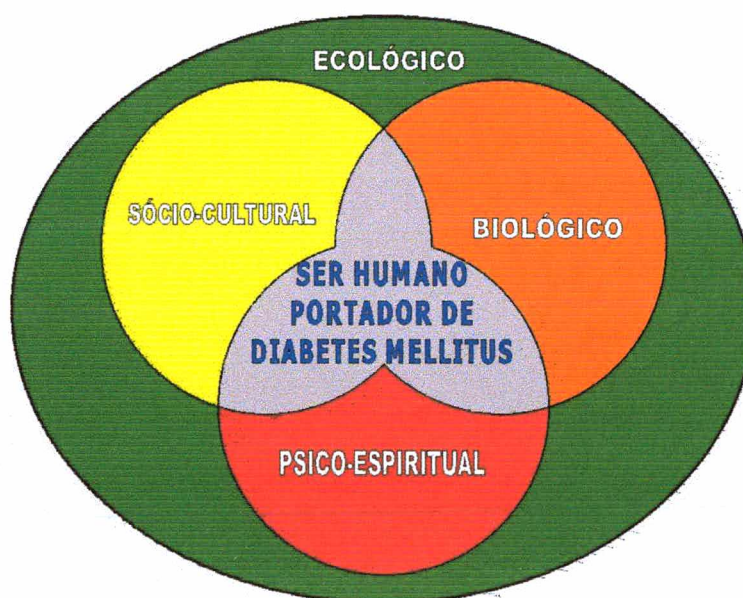


Figura 1: Visão do Cuidado Holístico-Ecológico aplicada ao ser humano portador de Diabetes Mellitus

A realidade humana observada desta maneira, conjugando estes elementos, explica em parte porque em situações organizacionais similares, alguns se comportarão ou reagirão diferentemente no plano individual – o conformismo ou a revolta, a aceitação ou a crítica, a resistência ou a autodestruição têm suas raízes em grande parte no arcabouço biopsicossocial de cada um, o eu é indissociável da própria história, da própria experiência e das vivências (CHANLAT, 1992).

Sendo assim, é possível dizer que um dos pontos onde a compreensão da visão holística e da ciência da Nutrição se encontram, esteja justamente na reavaliação da nossa visão de ser humano, buscando não só os aspectos racionais, mas um caminho que inclui aspectos como emoção, intuição, criatividade, inspiração, renovação, transcendência, revelando como se inter-relacionam na teia transdisciplinar e multicultural que se procurará tecer ao longo desta pesquisa. Visando contribuir, como pesquisadora e profissional de saúde, para minimizar “as deficiências de nosso sistema atual de assistência à saúde, em termos de custo, eficácia e satisfação das necessidades humanas” (PATRÍCIO, 1996 p. 32).

Capra (1989) explica que, para suplantar esse sistema, que faz uma análise reducionista do ser humano e, portanto, não pode fornecer uma compreensão completa e profunda dos problemas humanos, será preciso, por parte dos profissionais de saúde, a adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, que deve acontecer através de uma abordagem teórico – prática coerente com a realidade a ser trabalhada. No entanto, apenas uma mudança conceitual na área da ciência médica, por si só, não modificará a realidade; é preciso também a reeducação maciça do público.

Atualmente, a tendência na produção do conhecimento, é ir além de uma única área, para se poder entender, compreender os fenômenos (D’AMBRÓSIO, 1993).

Para Weil (1993, p. 35), “a transdisciplinaridade resulta do encontro de várias disciplinas do conhecimento, em torno de uma axiomática comum. Esses axiomas são princípios ou paradigmas subjacentes a essas disciplinas”.

“A mudança de paradigma nas teorias e práticas acadêmicas e nos serviços de saúde e educação que contemple abordagem holística-ecológica do ser humano, no sentido individual e comunitário, poderá não só colaborar com a vida humana, mas com toda a vida do planeta” (PATRÍCIO, 1996, p. 80).

Principalmente, no estudo em questão, com trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, faz-se necessário a comunhão com o pensamento holístico e ecológico desses autores.

Embora reconhecendo a importância e o papel que as ciências médicas têm no cuidado à saúde das pessoas, procura-se destacar conhecimentos de outras ciências como válidos e de interesse para os profissionais de saúde, para o melhor entendimento do processo de viver na condição de doente crônico. Nas palavras de Patrício (1999, p.29):

Isso nos remete para abordagens inter e transdisciplinares da realidade. Quanto mais se tem consciência da complexidade dos eventos, mais se percebe a necessidade de integrar com outras disciplinas, outras áreas de conhecimento, num sentido de cooperação entre saberes. De certa forma, essa abordagem nos remete à busca da compreensão dos fenômenos, através do conhecimento do todo, mesmo que este seja bem particular, bem localizado, mas tendo em mente suas possibilidades de interconexões na construção desse seu contexto.

Para alguns autores, como Crema (1991), Weil e D'Ambrósio (1993), holístico é sinônimo de transdisciplinar. Sendo assim, pensar transdisciplinarmente é um

significativo passo além e um grande avanço qualitativo. Por isso, escolheu-se este caminho, aliado aos conhecimentos das ciências da saúde, revisados a seguir, na esperança de compreender melhor a realidade investigada.

2.2 DIABETES MELLITUS E O TRATAMENTO NUTRICIONAL

O Diabetes Mellitus é uma doença antiga. A palavra grega *Diabetes* significa “fluir através de um sifão”. *Mellitus*, significando “com mel”, e foi acrescentado há muitos séculos para descrever o gosto adocicado da urina.

Atualmente, é um dos mais graves problemas de saúde pública, sendo a terceira maior causa de morte no mundo, superada apenas pelas doenças cardíocirculatórias e pelo câncer (SBD, 2001).

Para Krause, Mahan e Arlin (1995, p. 560),

A síndrome clínica do Diabetes Mellitus é caracterizada por um enfraquecimento na capacidade de metabolizar carboidratos e gorduras, resultando em um aumento na concentração de glicose (hiperglicemia) e lipídios (hiperlipidemia) na circulação sangüínea, levando, eventualmente, a uma degeneração vascular prematura. O metabolismo anormal é o resultado da secreção inadequada de insulina ou ineficácia de insulina disponível.

O Diabetes Mellitus Tipo 1 manifesta-se mais comumente nos jovens, mas pode ocorrer em pessoas de qualquer idade. Os sintomas desta doença aparecem bruscamente, exigindo o uso de insulina para o seu controle. É responsável por 5 a 10% de

todos os casos de Diabetes no país, e os níveis de incidência têm sido estáveis, desde 1965 (HARRIS; HAMMAN *apud* KRAUSE 1995).

O Diabetes Mellitus Tipo 2 tem maior prevalência, afligindo cerca de 90 a 95% de todas as pessoas que são portadoras da doença. Embora os dois tipos de Diabetes pareçam diferir em etiologia e fisiopatologia, as manifestações de hiperglicemia e hiperlipidemia, bem como seus efeitos potencialmente danificantes são similares (KRAUSE; MAHAN; ARLIN, 1995).

Segundo Davidson, (2001), as complicações do Diabetes Mellitus podem ser divididas em três categorias gerais: macrovasculares, microvasculares e neuropáticas. As complicações microvasculares consistem em anormalidades dos pequenos vasos, que são manifestadas pela retinopatia (doença diabética ocular) e pela nefropatia (doença diabética renal). As complicações neuropáticas causam perda da função dos nervos periféricos e autonômicos; e as complicações macrovasculares (grandes vasos sangüíneos) incluem infarto do miocárdio (ataque cardíaco), doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (apoplexia). A hipertensão é comumente associada ao Diabetes, especialmente ao Tipo 2.

As complicações microvasculares e neuropáticas ocorrem devido à exposição à hiperglicemia prolongada por muitos anos. Já as complicações macrovasculares não estão tão claramente ligadas ao controle dos níveis da glicose sangüínea, porém o controle dos níveis glicêmicos, além do combate às anormalidades lipídicas, à hipertensão e ao hábito de fumar, também diminuem o risco destas complicações (DAVIDSON, 2001, p. 313).

Segundo Davidson (2001), o *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) e numerosos outros estudos recentes mostram que a manutenção de uma

euglicemia (níveis da glicose sanguínea quase normais), durante muitos anos, reduz o risco de desenvolver estas complicações do Diabetes. Dentre os estudos que revelam estreita correlação entre o grau de controle do Diabetes Mellitus (para o qual o tratamento nutricional contribui decisivamente) e a incidência e gravidade das lesões cardiovasculares e renais, a literatura reconhece o mérito do médico belga Jean Pirart, que monitorou 4.400 portadores de Diabetes Mellitus durante mais de 25 anos, entre 1947 e 1973 (ARDUÍNO,1980; DAVIDSON, 2001).

Rouquayrol (1999) considera que obesidade se relaciona estreitamente com doenças crônicas, como Diabetes Mellitus, hipertensão arterial e intercorrências cardiovasculares graves. Em consequência desta situação, estabelece-se um núcleo triangular de condições (sobrepeso/Diabetes/doenças cardiovasculares) em torno do qual giram dislipidemias e manifestações degenerativas. Isto significa comprometer a longevidade saudável e menor expectativa de vida.

Depreendendo-se que qualidade de vida apresenta relação direta com hábitos alimentares saudáveis, a Organização Mundial de Saúde adotou a pirâmide alimentar (Figura 2) como instrumento de (re)educação alimentar. Propõe hábitos alimentares saudáveis. Trabalha com os conceitos variedade, moderação e proporcionalidade. Recomenda moderar a ingestão de açúcares e gorduras, especialmente.



Fonte: Nutroclínica (2001).

Figura 2: Pirâmide de Alimentos

Diante do que foi exposto, é possível afirmar que o cuidado nutricional é a base do tratamento do Diabetes Mellitus, quer como medida exclusiva, quer como complementar ao uso de agentes hipoglicemiantes. Grande parcela de indivíduos que possuem Diabetes Mellitus Tipo 2 mantém a doença controlada apenas com o tratamento nutricional (ARDUÍNO,1980; SBD,1996).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (1996, p.29), o tratamento nutricional tem como objetivos: 1) atingir as metas de glicemia - através do balanceamento da ingestão alimentar com insulina ou drogas hipoglicemiantes orais e nível de atividade física; 2) atingir perfil lipídico-desejado - geralmente o planejamento alimentar inclui baixa quantidade de gorduras, especialmente saturadas, mais carboidratos e fibras, visando atingir ou manter níveis lipídicos apropriados; 3) fornecer calorias adequadas para manter o peso satisfatório - este peso poderá não ser o "ideal", mas considerar que reduções ponderais em indivíduos obesos podem produzir melhora significativa na glicemia; 4) prevenir, retardar ou tratar complicações relacionadas à nutrição, por exemplo, o planejamento alimentar pode evitar hipo/hiperglicemias; a nefropatia requer dieta hipoproteica; o risco de macroangiopatia pode ser atenuado por dieta pobre em gorduras; 5) melhoria da saúde e bem-estar.

Para Krause; Mahan; Arlin (1995), o tratamento nutricional para portadores de Diabetes Mellitus deve manter a glicose plasmática o mais próximo possível do normal (valor de glicemia, em jejum, entre 70 e 110 mg/dl); para tanto, é fundamental respeitar a quantidade e o tipo de alimentos ingeridos, bem como o fracionamento e o horário das refeições, com a meta de prevenir ou retardar o desenvolvimento e a progressão de complicações cardiovasculares, renais, neurológicas e outras do Diabetes Mellitus, relacionadas ao controle metabólico.

Hoje, os critérios oficiais para o diagnóstico de Diabetes Mellitus são: 1) glicose plasmática em jejum (nenhuma ingesta calórica por pelo menos oito horas) *maior ou igual a 126 mg/dl* ou 2) sintomas de Diabetes e concentração casual (qualquer momento do dia, sem relação de tempo com a última refeição) de glicose plasmática *maior ou igual a 200mg/dl*; os sintomas clássicos incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicável

de peso, entre outros ou 3) glicose plasmática de duas horas *maior ou igual a 200mg/dl*, durante o teste de tolerância à glicose oral (TTGO), esta terceira dosagem é pouco recomendada para o uso clínico de rotina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION,1998; DAVIDSON, 2001).

Os requerimentos nutricionais básicos dos portadores de Diabetes Mellitus são os mesmos que os do indivíduo normal, o que inclui suprimento suficiente de energia, proteínas, glicídios ou carboidratos, lipídios ou gorduras em quantidade e qualidade adequadas, assim como os demais nutrientes – vitaminas e minerais.

Antes, as recomendações dietéticas da American Diabetes Association - ADA (1998) - eram de uma dieta composta por 10 a 20% do valor calórico total sob a forma de proteínas, 55 a 60% sob a forma de carboidratos e menos do que 30% sob a forma de gordura, para evitar alterações lipídicas e doenças cardiovasculares tão freqüentes nessa população.

No entanto, novas pesquisas sobre os efeitos do tratamento nutricional a mudanças nas recomendações que hoje baseiam as proporções de carboidratos e gordura da dieta de acordo com o controle metabólico individual e não limita a ingestão de gordura, desde que seja rica em ácidos graxos monoinsaturados. Há limitação de carboidratos simples e de ácidos graxos saturados e poliinsaturados da dieta total.

Recomendações semelhantes são preconizadas pela SBD (1996) e Davidson, (2001), quanto aos nutrientes:

- ✓ Calorias: basear-se nos hábitos alimentares do portador de Diabetes Mellitus e avaliar as necessidades individuais (perder, manter ou ganhar peso).
- ✓ Proteínas: 10-20% do total calórico diário. Fontes sugeridas: frango, peixe, carnes magras, feijão, leite/iogurte desnatado, queijo branco.

- ✓ Gorduras: geralmente entre 30-35% do total calórico; recomenda-se ingestão de gorduras saturadas (banha, toucinho, pele de aves, etc.) inferior a 10% deste total, e o restante proveniente de gorduras poliinsaturadas (milho, girassol, soja) ou idealmente monoinsaturadas (óleo de oliva, canola, amendoim, abacate).
- ✓ Carboidratos: geralmente entre 50 e 60% do total calórico; alguns atingem controle metabólico somente com valores menores.
- ✓ Carboidratos complexos (amidos) e ricos em fibras devem ser preferidos, embora os simples poderiam ser permitidos quando bem orientados. Sabe-se que os amidos ricos em fibras ajudam a suprimir um aumento agudo do nível de açúcar no sangue após as refeições, porque o alto teor de fibras destes alimentos retardam a liberação de glicose. As fontes de carboidratos são: pães integrais, arroz, macarrão, feijão e outros grãos, verduras e frutas.
- ✓ Adoçantes: os não-calóricos devem ser preferidos (aspartame, sacarina, ciclamato); os adoçantes artificiais calóricos (sorbitol, frutose) podem ser usados com moderação.

Atualmente, no tratamento nutricional, a ênfase está em controlar o total de carboidratos consumido e não mais na fonte de carboidratos. Um bolo não é mais prejudicial para a glicose do sangue do que um purê de batatas, desde que a quantidade total de carboidratos seja a mesma. Entretanto, do ponto de vista da Nutrição, nem todos os carboidratos são iguais. Os amidos fornecem vitaminas, minerais e fibras, enquanto o açúcar e os adoçantes representam, em sua maior parte, calorias; por essa razão, os amidos devem constituir a essência da dieta para o diabético e o açúcar deve ser reduzido.

O profissional de Nutrição, precisa inicialmente familiarizar-se com a realidade do portador de Diabetes Mellitus, para conhecê-lo e compreendê-lo e identificar com ele possibilidades de um viver mais saudável. A história nutricional de um indivíduo pode revelar informações úteis para o conhecimento dos hábitos, como, sentimentos, queixas, prazeres, satisfações, qualidade e quantidade aproximada da alimentação, idiossincrasias alimentares, preferências alimentares étnicas, problemas com a alimentação (gastrintestinais, dentários e outros), tabus alimentares, local da alimentação e uso de bebidas alcoólicas.

Segundo Davidson (2001), são necessárias as seguintes informações para a história nutricional de um indivíduo: (1) a hora em que a pessoa acorda; (2) os alimentos comuns e o horário das refeições; (3) o esquema de trabalho e/ou horário escolar; (4) tipo, quantidade e horário dos exercícios e (5) hábitos comuns de sono e repouso.

A instrução do portador de Diabetes Mellitus é essencial como parte do tratamento de toda doença crônica, devendo abranger também a família. É sabido que grande parte de pessoas não cumpre o tratamento nutricional por falta de educação alimentar ou por motivação insuficiente (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1996).

Dados colhidos pela "National Health Survey" constataam a deficiência de conhecimentos dos portadores de Diabetes Mellitus sobre alimentos e nutrição. Esta pesquisa evidenciou que 77% receberam um plano alimentar, mas somente cerca de 10% deles estavam capacitados para compreendê-lo e executá-lo.

Joslin (*apud* KAHN; WEIR, 1994.), diabetólogo e idealizador de um dos maiores centros de referência para tratamento de Diabetes Mellitus no mundo, já afirmava que “a educação não é parte do tratamento do; ela é o próprio tratamento”.

Sendo assim, a educação nutricional é mais do que simples transferência de informações, é necessário, muitas vezes, formar ou mudar hábitos, o que constitui tarefa difícil, pois o padrão alimentar de um indivíduo talvez seja o aspecto menos flexível de sua vida. Entretanto, torna-se indispensável realizá-la para obter a cooperação do portador de Diabetes Mellitus no tratamento.

Alguns autores mencionam que a orientação nutricional pode ser feita individualmente ou em grupo. Este último método, além de reduzir consideravelmente o tempo despendido com a explicação, dá ênfase à troca de experiência entre os participantes, o que valoriza o trabalho de orientação. Porém, é importante salientar que o tratamento nutricional deve ser individualizado, gradativo e adequado ao portador de Diabetes Mellitus e, ao planejá-lo, torna-se indispensável que o profissional de Nutrição considere o sexo, a idade, o nível econômico e educacional, hábitos alimentares e estilo de vida do portador, para que se consiga a máxima compreensão, colaboração e adesão ao tratamento.

A Organização Panamericana de Saúde - OPS (1996, p. 9), na publicação *Educación sobre Diabetes* reforça essa idéia ao tratar do assunto:

Son grandes las exigencias impuestas al diabético en el renglón de cambios de su estilo de vida y hábitos personales, y no es práctico esperar que una persona haga modificaciones radicales en sus actividades, sin tener conocimiento profundo de las razones para emprendelas.

Portanto, o “cuidar” dos portadores de doenças crônicas requer dos profissionais de saúde preparação para abordar os aspectos psicológicos do indivíduo e a integração com a família e a sociedade. A OPS (1996, p. 21) ressalta que “una de las dificultades para suministrar con mayor eficiencia atención al diabético reside en integrar la dimensión biomédica de su enfermedad a sus necesidades psicosociales”. Portanto, profissionais de saúde que não valorizam essa integração e impõem objetivos excessivos e muito complexos, dificilmente poderão auxiliar seus clientes na adesão ao tratamento, visto que “los enfermos necesitan orientación y consejo sobre las formas de cuidar su trastorno, pero a casi todos les disgusta la idea de ser dirigidos, recibir órdenes, ser controlados o culpados de la manera en que conducen su vida diaria” (OPS, 1996, p. 29).

Patricio (1996, p. 99) também contribuiu ao ilustrar, na sua tese Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado Holístico-Ecológico:

É importante procurar investigar a vida dos clientes em desequilíbrio, suas situações de desprazer e sua infelicidade do cotidiano e, com eles, refletir possibilidades de mudança. O policiamento dos profissionais de saúde causa, inclusive, situações de estresse nos clientes, colaborando para os agravos de sua saúde. É preciso planejar com o cliente um processo de viver com possibilidades de felicidade-prazer, pois isso irá repercutir na saúde geral, irá fortalecê-lo para controlar a doença.

Enfim, são muitas as necessidades que o indivíduo manifesta durante a vida e delas depende a sobrevivência do mesmo. Dentre as necessidades que são fundamentais à vida humana, abordar-se-á, neste estudo, as nutricionais, já revisadas e, a seguir, as de trabalho. O trabalho é uma necessidade que precisa ser atendida. Trabalhando, atendemos a outras necessidades, como: alimentação, habitação, educação, locomoção, entre outras.

2.3 O TRABALHO E OS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: A RELAÇÃO SAÚDE/DOENÇA E OS DIREITOS DOS TRABALHADORES

A concepção de trabalho foi se modificando ao longo da história. Passou de uma concepção de sobrevivência, em busca de meios para satisfazer necessidades básicas, para uma atividade vital e fundamental para todo ser humano, isto é, algo essencial à vida e à própria felicidade das pessoas. É inegável sua importância hoje para as pessoas, pois através dele, elas se sentem úteis¹ à sociedade e à vida (BASTOS, 1995; SILVA, 1996; ZANELLI; *apud* BÚRIGO, 1997).

O termo “trabalho” vem do latim *tripalium*, ou “três paus”, instrumento de tortura para castigar escravos. Isto reflete a noção de empenho, sacrifício, tortura para se atingir determinado objetivo. Krawulski (1991), estudando o conceito de trabalho através da história, concluiu que, muito lentamente, o mesmo vem perdendo esta conotação, permitindo ao trabalhador algumas vantagens dificilmente substituíveis no tempo livre, tais como identidade, autoconsciência, posição social e reconhecimento, contato com outras pessoas, satisfação das necessidades, responsabilidade pelo conteúdo de suas atividades e do uso do seu tempo. Outros autores também enfatizam a importância do trabalho. Kanaane (1994, p. 19) afirma que, “[...] através do trabalho, o homem pode modificar seu meio e modificar-se a si mesmo, à medida que possa exercer sua capacidade criadora e atuar como co-partícipe do processo de construção das relações de trabalho e da comunidade na qual se insere”.

Assim, o trabalho pode possuir um forte potencial motivacional sobre a pessoa, a organização e as outras esferas da vida se for encarado como algo que contribui com a autonomia, criatividade e auto-estima das pessoas.

Para Santos e Fialho (1997, p. 27), "[...] trabalho é uma forma de atividade própria do ser humano enquanto ser social." E Patrício (1999, p. 135) lembra que:

[...] precisamos pensar o 'trabalho' como ação humana que produz bens e serviços, não somente como meio de satisfazer necessidades de sobrevivência, mas de transcendência: realização pessoal individual e coletiva, enquanto sujeito que transforma para si e para os outros.

O estudo da adaptação confortável e produtiva entre o ser humano e as condições de trabalho é feito através de um conjunto de disciplinas chamado de Ergonomia (SELL, 1994). Para Montmollin (1990, p.149), condições de trabalho podem ser definidas por:

tudo que caracteriza uma situação de trabalho e permite ou impede atividade dos trabalhadores. Deste modo distinguem-se as condições físicas: características dos instrumentos, máquina, ambiente do posto de trabalho (ruído, calor, poeira, perigos diversos); as condições temporais: em especial os horários de trabalho; as condições organizacionais: procedimentos prescritos, ritmos impostos, de um modo geral, "conteúdo" do trabalho; as condições subjetivas características do trabalhador: saúde, idade, formação [...]; e as condições sociais: remuneração, qualificações, vantagens sociais, segurança de emprego, condições de alojamento e transporte, relações com a hierarquia.

¹ O sentido de *utilidade* aqui empregado não se limita a identificar o ser humano como mero elemento que deve produzir algo para a sociedade, mas no sentido de uma rica fonte de significados para a vida de todo ser humano.

Segundo Santos e Fialho, (1997) a Ergonomia, nos seus fundamentos, possibilita a humanização da tecnologia, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida. O homem é o centro, o homem é o foco da sociedade. Para estes autores, durante muito tempo a Fisiologia e a Psicologia dominaram a Ergonomia; depois, à medida que o trabalho passava a ser cada vez mais mental e menos físico, outras disciplinas passaram a contribuir para a expansão dos conhecimentos sobre o homem no trabalho e para melhoria de sua qualidade de vida.

Alguns trabalhadores encontram, no cotidiano do próprio trabalho, possibilidades de superar insatisfações e melhorar sua qualidade de vida, como, por exemplo, através de convívio de colegas, na “socialidade”, da “solidariedade orgânica”, através de “respiradouros”, conforme concepções de Maffesoli (1984).

A análise ergonômica clássica evita considerar estas concepções, porém Montmollin (1990, p. 145) reconhece que,

qualquer trabalho, em particular, está sujeito a condições sociais, que a análise ergonômica clássica em geral afasta, desconfiando das abordagens da psicossociologia. Mas, o trabalhador raramente se encontra isolado, sempre enquadrado, sempre pago, cidadão e assalariado, além de ter uma história, senão uma carreira. Será preciso, portanto, desenvolver a análise das comunicações no trabalho, a das relações entre vida laboral e pós – laboral e, ainda, a do desenvolvimento progressivo das competências, através da experiência pessoal e da experiência coletiva.

Assim sendo, atualmente o trabalho exige mais qualificação, desdobramentos de competências cognitivas-sociais, que exigem muitas estratégias de sobrevivência no trabalho e fora dele. Dentre essas, o processo saúde-doença está intrinsecamente ligado, no

sentido de que o próprio sistema deveria ter interesse em atualizar as formas de manter e recuperar a saúde dos trabalhadores.

Em tempo, neste estudo, utilizou-se o termo “doença” de acordo com a distinção proposta por Kleinman (*apud* SILVA 2001) entre: *illness*, *disease* e *sickness*, os quais foram traduzidos como doença, patologia e enfermidade, respectivamente.

Doença se refere à perspectiva da pessoa, de sua família ou da rede social mais ampla, que inclui, como percebem, convivem e respondem às alterações provocadas por ela. Doença é a experiência vivida e o significado que a pessoa confere a essa experiência.

Patologia é o problema de saúde na perspectiva do profissional de saúde, é o que o médico (especialmente) foi treinado para reconhecer através de lentes teóricas de sua forma particular de prática.

O outro conceito, enfermidade, é o entendimento de uma desordem, num sentido genérico, em relação a forças macrossociais (economia, política, instituição).

As diferenças entre os conceitos de doença, patologia e enfermidade, não são somente em suas denominações, mas também apontam diferentes perspectivas para estudos. Assim, estudos sobre doenças passam a constituir uma alternativa aos estudos da biomedicina, buscando a compreensão do fenômeno e colocando a pessoa como o foco central (o ponto de partida e de chegada), na construção do conhecimento.

Uma pessoa pode ter uma patologia e não experimentar ou não sentir-se doente, e, por outro lado, pode curar sua patologia e continuar sentindo-se doente. Desse modo, “doença e patologia não são imagens no espelho uma da outra; doença não pode ser reduzida meramente a um relato científico da patologia” (BENNER; WRUBEL *apud* SILVA, 2001, p.8).

Retomando a literatura sobre trabalho, para Dejours (1998, p. 164), o trabalho deveria aparecer na própria definição do conceito de saúde, e particularmente no que concerne à definição do ideal do “bem-estar social”, figurando na definição da Organização Mundial de Saúde.

Antes, o trabalho aparecia nas pesquisas de psicopatologia do trabalho, como uma fonte de doença ou infelicidade; hoje, ao contrário, ele é, às vezes, operador de saúde e prazer. Acontece, porém, que as condições em função das quais o trabalho age como gerador de doenças ou de saúde são muito contrastantes. Sob este aspecto, ocorrem importantes desigualdades entre os trabalhadores, principalmente, se compararmos trabalhadores saudáveis com trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus. As desigualdades começam já no momento de conseguir emprego, nos exames de saúde admissionais, pois as empresas preferem trabalhadores sem problemas de saúde. Quando consegue vencer esta etapa, o portador de Diabetes Mellitus perde o emprego com muito mais facilidade que outros trabalhadores, conforme os próprios vão revelar na análise desse estudo.

Em outros países, como os Estados Unidos, há proteção legal contra a demissão por causa de doença, desde que fique claro que a doença não atrapalhe o desempenho profissional (ADA, 1998).

No Brasil é diferente; o empregador não pode demitir por justa causa só porque o trabalhador é portador de Diabetes Mellitus. Mas, se não alegar justa causa, demite quem quiser e quando quiser, pagando os direitos trabalhistas... e nem precisa explicar por quê.

Entretanto, a literatura registra que não há razões para que empregador recuse sua colaboração. Desde que sejam convenientemente instruídos e obedeçam a certa disciplina, o desempenho dos portadores de Diabetes Mellitus, na maioria das situações, é

plenamente satisfatório. Exceto nas profissões que expõem a própria vida e a de terceiros, como motorista de transporte coletivo ou de cargas, piloto de avião, bombeiros, qualquer outra pode ser exercida pelos portadores da doença. Porém, reforçam as exigências da doença ao registrarem que profissões que, por sua natureza, impeçam o cumprimento do horário das refeições e das injeções de insulina, ou que exijam esforços físicos intempestivos, como é o caso da vida militar ou das que exigem viagens constantes, também devem ser evitadas (ARDUÍNO,1980, DAVIDSON, 2001).

Somente no ano passado, foi sancionada a Lei nº 10.782 de 09 de março de 2001, que institui diretrizes para uma política integral à saúde da pessoa portadora de Diabetes no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), mas não garante direitos trabalhistas. Em tese, a lei que é fruto do trabalho e da mobilização das associações de portadores de Diabetes Mellitus, de técnicos da saúde e de diversos movimentos sociais, inova em quatro aspectos:

- ❖ Garante a todos os cidadãos portadores de Diabetes Mellitus os medicamentos e instrumentos de autocontrole necessários (hipoglicemiantes orais, insulina, fitas, glicosímetros, auto-aplicadores, etc), que devem ser fornecidos, gratuitamente, a todos, pelo Poder Público, por meio do SUS;
- ❖ Aponta para a autonomia do paciente frente aos serviços de saúde, transformando o usuário em sujeito do processo de controle ou cura;
- ❖ Garante às entidades de usuários, técnicos e pesquisadores das universidades públicas o direito de participarem da elaboração das normas técnicas de atendimento, democratizando o saber sobre os cuidados;

- ❖ Reforça as ações coletivas, enfrentando os determinantes sociais da doença, por meio da prevenção, interdisciplinaridade e ação inter-social (tais como exercícios físicos, alimentação e qualidade de vida).

Segundo Fraige Filho (2001) começou, também, no ano passado, o 1.º Programa Nacional do Governo Federal de Atenção ao Diabetes, planejado por uma comissão composta por membros do Ministério da Saúde, das Sociedades Profissionais das áreas de Diabetes e Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial e FENAD (Federação Nacional das Associações de Diabetes), constituído de 4 fases:

A primeira, na capacitação dos multiprofissionais, principalmente médicos e enfermeiros, para o atendimento aos portadores de Diabetes na rede pública do SUS e das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

A segunda fase, que se constitui na Campanha de detecção (glicemias capilares), teve como objetivo principal a detecção dos 50% de portadores de Diabetes que desconhecem a sua doença.

Na terceira, segundo informações do Ministério da Saúde, os pacientes diagnosticados na campanha, bem como aqueles já conhecedores da sua doença, foram enviados para as Unidades Básicas de Saúde para o atendimento ambulatorial, onde serão acompanhados. Toda medicação prevista para o tratamento será distribuída gratuitamente, por verba própria do Ministério, através do referido plano ou ação conjunta com as Secretarias de Saúde.

A quarta fase do plano é o diagnóstico, encaminhamento e tratamento das complicações crônicas do Diabetes, que serão realizados em Hospitais terciários, devidamente equipados e feitos por especialistas nas diferentes áreas.

No Estado de Santa Catarina já está em tramitação o Projeto de Lei n.º 235/01 (Anexo E) que garante os mesmos direitos da Lei n.º 10.782 quanto ao tratamento. Porém, isto não significa que possam ser cumpridos integralmente, devido às deficiências no Sistema de Saúde em todo país. O que se espera é que estas medidas de atenção ao portador de Diabetes Mellitus sejam de fato o início de ações preventivas que atuem com eficácia, por que a gravidade da situação destes indivíduos é evidenciada, por exemplo, com relação ao trabalho, pela perda de doze anos e sete meses de vida produtiva para os homens e de onze anos e três meses para as mulheres, em média (FRAIGE FILHO, 2001).

CAPÍTULO III

PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Os pressupostos foram elaborados a partir do Marco Teórico apresentado e pela experiência como nutricionista clínica.

- A adesão dos portadores de Diabetes Mellitus ao tratamento nutricional é indispensável para o controle glicêmico da doença e prevenção ou tratamento das complicações relacionadas à nutrição;
- As necessidades de adaptações no estilo de vida e nos hábitos alimentares envolve não só o portador de Diabetes Mellitus, mas pode ocasionar tensão em toda sua família;
- Muitos portadores desconhecem a própria doença, especialmente, porque o Diabetes Mellitus é uma doença silenciosa, que vai se manifestando sem que a pessoa se dê conta;

- Muitos trabalhadores escondem a sua condição de portador de Diabetes Mellitus no ambiente de trabalho, pois temem a discriminação ou mesmo a perda do emprego;
- Devido à falta de conhecimento da doença por parte dos empregadores, os trabalhadores, muitas vezes, exercem atividades que colocam a eles e a terceiros em situações de risco;
- Os trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus podem ter limitações quanto à manutenção do tratamento nutricional nos locais de trabalho, em relação ao fracionamento e horário de refeições, controle clínico, retorno a consultas, recursos para tratamento e tempo para buscar alternativas na rede pública;
- O nutricionista que conhece a realidade do portador de Diabetes Mellitus ajuda o cliente a se cuidar melhor;
- Os trabalhadores que compreendem a sua situação de portador de Diabetes Mellitus têm mais condições de se cuidarem e, conseqüentemente, promoverem melhoria na sua qualidade de vida;
- Uma abordagem mais qualitativa e holística contribui para conhecer melhor as percepções dos portadores de Diabetes Mellitus quanto ao seu trabalho e tratamento nutricional.

CAPÍTULO IV

MÉTODO DO ESTUDO

4.1 ESCOLHA DO MÉTODO DE PESQUISA

O método de estudo de uma pesquisa científica é um processo, enquanto considerado como construção de caminhos trilhados em busca de algo que se quer conhecer, transformar e produzir. Neste contexto, pesquisar não se trata de copiar a realidade, mas de reconstruí-la. Para isto, é preciso sentir a necessidade de construir caminhos, pressupostos e não seguir receitas que tendem a destruir o desafio da construção (DEMO,1990).

Minayo (1999, p.16) ilustra o conceito ao registrar que o método “inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas empregadas e o sopro divino do potencial criativo do investigador”.

As ciências têm utilizado dois métodos na construção dos conhecimentos: o qualitativo e o quantitativo.

Conforme Minayo (1999, p. 21) a pesquisa qualitativa

se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um

espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Portanto, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado que, geralmente, não é percebido pelas abordagens quantitativas que estão mais preocupadas com quantificações, médias e estatísticas.

O método qualitativo, baseado nos princípios do Referencial Holístico-Ecológico, foi utilizado neste estudo por ser o mais indicado para conhecer as percepções dos sujeitos sobre determinado fenômeno e possibilitar um processo de interação entre pesquisador e pesquisado. Patrício (1999, p.67) ressalta estes aspectos, afirmando que “os métodos qualitativos consideram que os fenômenos são construídos pela subjetividade humana em seus significados culturais e afetivos, particulares e coletivos. [...] valorizam o processo de produção de conhecimento, tanto quanto seus resultados”.

Patrício (1996 p. 44) discorre que

esse método possibilita conhecer de variadas formas, incluindo técnicas que promovam prazer mútuo (pesquisador-pesquisado), como as pessoas vivem sua história, compreender os significados que dão às suas vidas e a auxiliá-las a identificar suas possibilidades e limitações [...] Bem como possibilita que façamos a mediação no processo de transformação dessas limitações em possibilidades.

Dentro das concepções expostas, escolhemos o estudo do tipo descritivo-exploratório, por ser um tipo de pesquisa qualitativa que permite retratar a realidade de modo contextualizado, enfatizando a narrativa dos dados. Segundo Triviños (1987, p.109),

os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade

específica, buscando antecedentes, maior conhecimentos para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental.

Para Rudio (1986), descrever é narrar o que acontece, procurando descobrir e observar fenômenos, descrevendo-os, classificando-os e interpretando-os. Estudando o fenômeno, a pesquisa descritiva deseja conhecer a sua natureza, sua composição, os processos que o constituem ou nele se realizam. Como pontuou Maffesoli (1998, p. 139), “[...] a descrição dá maior relevo à riqueza do vivido”.

E como as descrições dos fenômenos são produto de uma visão subjetiva, estão impregnadas de significados que o ambiente lhes outorga, rejeitam toda expressão quantitativa, numérica, toda medida.

Portanto, a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto. Por isso, não é vazia, mas coerente, lógica e consistente. Assim, os fenômenos são expressos, por exemplo, em retratos, descrições, narrativas, ilustradas com declarações das pessoas, dando o fundamento concreto necessário, com fotografias, acompanhados de documentos pessoais, fragmentos de entrevistas, entre outros.

A técnica de entrevista semi-estruturada foi utilizada como forma de investigação qualitativa deste estudo, pois essa parte de certos questionamentos básicos, referentes aos objetivos e pressupostos do estudo, e oferecem oportunidades de surgimento de novos questionamentos, a partir das respostas dos sujeitos investigados (HAGUETTE, 1999). Deste modo, o pesquisador segue a linha do pensamento e as experiências do pesquisado, participando ativamente da elaboração do conteúdo do estudo. Grosseman (2001, p.30), complementa esta idéia afirmando que “este tipo de entrevista é a que mais

favorece a descrição, explicação e compreensão dos fenômenos sociais em sua complexidade, por manter sua presença consciente e atuante e, ao mesmo tempo, permitir a relevância da situação do investigado”.

4.2 ETAPAS DA PESQUISA

Segundo princípios do Referencial Holístico-Ecológico, a pesquisa de campo foi desenvolvida em três momentos de interação, denominados por Patrício (1999, p.69) de *"Entrando no campo, Ficando no campo e Saindo no campo."*

4.2.1 Entrando no Campo

O momento “Entrando no campo” vai desde a fase exploratória da pesquisa até o projeto – piloto. Segundo Minayo (1999, p. 26), na fase exploratória, “o foco fundamental é a construção do projeto de investigação. Esta inclui as interrogações sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões para operacionalizar o trabalho de campo”.

Patrício (1999) coloca que esse momento consiste na reciprocidade com os sujeitos, assemelhando-se com um “namoro” que deve acontecer entre as partes. Considerando que os indivíduos selecionados para o estudo, trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, faziam parte do nosso cotidiano de trabalho, foram, inclusive, motivadores desse estudo, acreditava-se que a busca dessa aproximação não seria necessária, pois já existia uma grande “reciprocidade” com os sujeitos. Entretanto, uma das

riquezas que a pesquisa qualitativa proporciona é a surpresa na trajetória em busca do conhecimento.

A escolha do local de pesquisa, um Hospital Geral da Grande Florianópolis, em uma das clínicas, onde sou a nutricionista responsável pelo atendimento dos pacientes internados, não se mostrou a mais adequada. Durante a realização da fase exploratória neste local, após o projeto-piloto, houve dúvida de que o fato de ser conhecida como profissional inibisse, de certa forma, os sujeitos. Na verdade, durante o processo análise/reflexão/síntese dos dados das entrevistas, percebeu-se que alguns sujeitos pareciam declarar o que os profissionais de saúde gostariam de ouvir, ou seja, poderiam estar omitindo a realidade e outros, por estarem de licença médica, afastados do trabalho há tempo, tinham dificuldade de responder com clareza questões sobre o tratamento nutricional durante o horário de trabalho.

Enfim, concluiu-se que os pacientes internados já estavam sofrendo com a gravidade das complicações e manifestavam, constantemente, vontade de serem afastados do trabalho por falta de condições. Assim sendo, para evitar prejuízo na coleta de dados do estudo, optou-se por escolher outro local de pesquisa.

Os contatos foram feitos, então, com trabalhadores em diversos locais: consultórios e ambulatórios de Nutrição e Endocrinologia, palestras sobre Diabetes Mellitus, grupos e associações de auxílio a portadores, mediante conhecimento de outros profissionais relacionados ao tratamento da doença, evidentemente, a partir do interesse dos próprios sujeitos. Neste primeiro contato, depois da apresentação formal e discussão dos princípios éticos da pesquisa (Anexo B), apresentou-se a eles a proposta de trabalho, solicitando o consentimento informado (Anexo C). Todos os sujeitos do estudo receberam

uma carta de solicitação de participação assinada pelo pesquisador, juntamente com outra carta com o termo de consentimento informado, assinada pelo participante.

As questões éticas norteadoras do estudo apresentadas aos sujeitos neste momento de “Entrada no Campo”, baseadas nas Resoluções (n.º 196 de outubro de 1996 e n.º 257 de agosto de 1997) do Conselho Nacional de Saúde, foram:

- ❖ Os sujeitos aderiram voluntariamente ao estudo, cientes de seus objetivos e das finalidades;
- ❖ Os sujeitos foram tratados com respeito; ou seja, não houve registro de qualquer questão com a qual o sujeito não estivesse de acordo;
- ❖ As identidades dos sujeitos foram protegidas. Era da escolha dos sujeitos entrevistados, utilizar um nome fictício para representá-los;
- ❖ Os temas emergentes foram baseados nos dados, sem distorções.

Cientes de que, para a definição de amostragem, a pesquisa qualitativa não está baseada no critério numérico para garantir sua representatividade. Contudo, os indivíduos precisam estar vinculados o mais significativamente possível ao problema do estudo (MINAYO, 1999). O mais importante é justamente a qualidade dos sujeitos para objetivo a ser alcançado. Selecionaram-se oito indivíduos portadores de Diabetes Mellitus. Visando ao maior enriquecimento do estudo, consideraram-se os seguintes critérios:

- ❖ Trabalhadores ativos e portadores de Diabetes Mellitus há pelo menos três anos, para que pudessem revelar o cotidiano de seguir o tratamento nutricional no trabalho.
- ❖ Trabalhadores de várias profissões, para que pudessem trazer diferentes realidades de trabalho;

- ❖ Trabalhadores de ambos os sexos, para que pudessem mostrar diferentes significados da doença e das atividades de trabalho;
- ❖ Trabalhadores sem distinção de idade, desde que obedecessem aos critérios já citados.

Tendo passado pelo processo de revisão dos critérios de seleção dos sujeitos, mudança do local de pesquisa e reestruturação da entrevista, após a experiência com projeto piloto, foi possível partir para a etapa seguinte.

4.2.2 Ficando no Campo

Conforme Patrício (1999), o segundo momento, denominado “Ficando no Campo”, é aquele em que se coloca em ação os planos do projeto de pesquisa, que se refere à coleta e ao registro dos dados. São momentos de ação mútua com os sujeitos da pesquisa, para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

As entrevistas foram marcadas no primeiro encontro e realizadas em diversos locais e horários, sempre escolhidos de acordo com a preferência do entrevistado. Antes das entrevistas, eram reforçados os aspectos éticos e esclarecidas as dúvidas que, porventura, existissem, em relação à pesquisa. Todos os sujeitos concordaram com a gravação da entrevista e assinaram o termo de consentimento informado. Em seguida, foi solicitado que cada sujeito optasse por um codinome. A maioria escolheu nomes próprios fictícios; alguns disseram que não se importavam de usar o nome verdadeiro, e outros pediram sugestão de um nome fictício para o pesquisador. As entrevistas foram gravadas e registradas nos instrumentos de coletas de dados e a duração foi variável, entre uma e duas horas e meia, porém, em duas das entrevistas, foram necessários intervalos, devido à emoção dos sujeitos.

Em uma entrevista o intervalo foi em uma lanchonete, por sugestão do próprio entrevistado e, em outra, foi marcado um novo encontro.

Para proceder ao levantamento de dados, utilizamos o instrumento "história alimentar" (Anexo A), um formulário previamente elaborado para servir de referência durante os diálogos com o sujeitos, com cinco quadros. Um, para o registro dos dados gerais dos participantes; outro, com as questões da entrevista semi-estruturada; o terceiro, contendo dados que possibilitaram a avaliação nutricional dos portadores de Diabetes Mellitus; o quarto e o quinto, com informações sobre os hábitos alimentares, no horário de trabalho e fora dele, antes e depois do diagnóstico da doença, respectivamente. Esse instrumento facilitou o propósito de conhecer as possíveis modificações no processo de viver com a doença, com ênfase durante o horário de trabalho, onde se pressupõem as maiores limitações.

Na entrevista, foram apresentadas as seguintes questões norteadoras: 1) O que significa para você ser portador de diabetes Mellitus? 2) Como eram os seus hábitos alimentares antes do diagnóstico de Diabetes Mellitus? 3) Como estão os seus hábitos, após saber que é portador de Diabetes Mellitus? 4) Como as suas atividades no trabalho influenciam o seu tratamento nutricional?

Na "história alimentar", além dos dados qualitativos, mostrar-se-ão alguns dados quantitativos referentes à avaliação nutricional dos trabalhadores.

A avaliação nutricional inclui dados antropométricos, IMC (índice de massa corporal), gastos energéticos e diagnóstico nutricional. Para a classificação do Estado Nutricional foi utilizada a tabela do IMC, cujos pontos de corte foram estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde/1998 (Anexo D). A fórmula para o cálculo do IMC utiliza medidas de peso e altura para verificar a distribuição da massa corporal em kg/m^2 , onde

$IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$. Para o cálculo do Gasto Energético Total (GET), foi utilizado o método dos múltiplos da Taxa de Metabolismo Basal (TMB), da FAO/OMS/UNU, 1985 (Anexo D).

Os dados coletados foram transcritos, depois de repetidas audições das gravações, e lidos atentamente. A análise dos dados buscou categorias e temas emergentes do estudo. Para classificar elementos em categorias, deve-se descobrir o que eles têm em comum, para, posteriormente, agrupá-los. As categorias desta pesquisa serão apresentadas no próximo capítulo e o tema emergente será discutido no Capítulo VI. A análise dos dados foi desenvolvida concomitante à coleta de dados, orientando a interpretação e compreensão dos mesmos. Patrício (1995; 1996; 1999), afirma que a análise pode conduzir a outras questões e salientar dados que não tenham ficado bem esclarecidos, permitindo assim que o investigador volte e valide-os junto ao sujeito investigado.

Para Minayo (1999), a análise é um movimento de olhar atentamente para os dados da pesquisa, com a finalidade de compreendê-los, confirmando ou não os pressupostos da pesquisa e/ou respostas às questões formuladas, ampliando, desta forma, o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural ao qual faz parte.

É importante mencionar que, neste estudo, a análise dos dados foi feita através do processo de Análise-Reflexão-Síntese, preconizado pelo Referencial Holístico-Ecológico. Esta técnica “contempla a não-linearidade e até a possibilidade do caos, no início do exercício da análise” (PATRÍCIO, 1999, p. 72). Utiliza dois processos: análise e síntese. Estes são mediados pela reflexão crítica, intuitiva e afetiva.

A autora explica que a análise decompõe os dados, a síntese os integra às diversas dimensões da vida dos sujeitos. A análise e a síntese são realizadas de forma

sinérgica, através da reflexão, que é uma reconsideração dos dados, associando sensibilidade e razão (PATRÍCIO, 1995).

A interação investigador – investigado possibilita uma nova visão, de ambos os lados. Durante o processo análise/reflexão/síntese, como pesquisador e profissional de saúde, fez-se necessário romper padrões, aprender a escutar, trocar, compreender, sem julgar, entender o ser humano consciente de sua responsabilidade na construção de sua vida e da teia de relações interdependentes que o cerca. Deverá ser capaz de decidir, através dos seus hábitos e do estilo de viver, sobre sua saúde física e mental. Ver o ser humano autor e transformador de sua existência e se ver da mesma forma. E, pelas declarações entusiasmadas e esperançosas de que estudos desse tipo pudessem contribuir para a melhoria de vida dos portadores de Diabetes Mellitus e da sociedade, de forma geral, pôde-se constatar o quanto essa interação foi positiva para todos.

4.2.3 Saindo do campo

Este momento pode significar despedida, agradecimentos ou encaminhamentos futuros. Pode e deve incluir encontros posteriores, para a apresentação e devolução dos dados. Pode significar o final do estudo ou o começo de outros estudos (PATRÍCIO, 1995; 1996; 1999).

Mediante a devolução dos dados, dois sentimentos foram marcantes: a grande emoção, já descrita, pelas declarações dos participantes, mesmo antes da conclusão do estudo; e a vontade de continuar em busca de conhecimentos por esse caminho. Na despedida, após os agradecimentos, foi feito o convite para que os sujeitos participassem da defesa da dissertação.

CAPÍTULO V

IDENTIFICANDO PERCEPÇÕES DE INDIVÍDUOS SOBRE SUA CONDIÇÃO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Para conhecer a influência do trabalho no tratamento nutricional dos portadores de Diabetes Mellitus, optou-se por apresentar os dados descrevendo as categorias encontradas na análise, acompanhadas das falas dos sujeitos e, simultaneamente, discutir com os autores, seguindo a sequência dos objetivos deste estudo.

Neste capítulo, em primeiro lugar, serão apresentados os sujeitos do estudo, trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, para, depois, identificar os significados de ser portador da doença, nas suas percepções. Em seguida, conhecer seus hábitos alimentares, em casa e no trabalho, antes e após o diagnóstico de Diabetes Mellitus. No capítulo seguinte, virá a análise e discussão de como as atividades do trabalho influenciam o tratamento nutricional das pessoas na condição crônica de Diabetes Mellitus.

5.1 APRESENTANDO OS SUJEITOS

Foram sujeitos do estudo oito trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus. Utilizou-se a contribuição de seis desses sujeitos, devido a dados incompletos nos relatos do cotidiano de dois deles, sem possibilidades de retorno aos mesmos para correção dos dados. São eles:

❖ **Savana** tem quarenta e um anos, é formada em Pedagogia e trabalha há vinte e dois anos como funcionária de uma empresa particular (professora da pré-escola), porém, recentemente, optou por trabalhar somente em casa, como artesã. É casada, tem três filhos; é portadora de Diabetes Mellitus tipo I há três anos e depende de insulina; faz acompanhamento nutricional e no diagnóstico nutricional realizado foi considerada eutrófica, ou seja, no limite de peso ideal; até o momento não apresenta complicações da doença.

❖ **Valter** tem quarenta e dois anos, não concluiu o ensino fundamental e alterna as profissões de carpinteiro e vigia. Trabalha há vinte e cinco anos em empresas particulares, que geralmente atuam no ramo de construção civil. É casado, tem três filhos; é portador de Diabetes Mellitus tipo II há cinco anos e não depende de insulina; não faz acompanhamento nutricional e o diagnóstico nutricional realizado apontou obesidade grau I; não apresenta complicações da doença,

❖ **Getúlio** tem quarenta e nove anos, é formado em Economia, já foi funcionário público e dono restaurante. Trabalha há vinte e oito anos, e atualmente está empregado em empresa privada como motorista. É casado, tem três filhos; é portador de Diabetes Mellitus tipo II há sete anos e não depende de insulina; faz acompanhamento

nutricional e o diagnóstico nutricional apontou obesidade mórbida; apresenta doenças associadas como hipertensão e obesidade.

❖ **Otávio** tem quarenta e nove anos, é formado em Administração e foi representante de vendas. Trabalha há vinte e cinco anos; atualmente é autônomo, prestador de serviços de pintura. É casado, tem dois filhos; é portador de Diabetes Mellitus tipo I há nove anos e depende de insulina; não faz acompanhamento nutricional e no diagnóstico nutricional realizado foi considerado eutrófico; apresenta complicações da doença como retinopatia diabética e neuropatia periférica.

❖ **Alencar**, quarenta e dois anos, concluiu o ensino fundamental e já foi auxiliar de enfermagem. Trabalha há vinte e quatro anos, atualmente por conta própria administrando uma cozinha industrial, desempenhando também as funções de cozinheiro e promotor de eventos. É divorciado, tem dois filhos; é portador de Diabetes Mellitus tipo II há três anos e não depende de insulina; não faz acompanhamento nutricional e o diagnóstico nutricional apontou obesidade grau II; apresenta doenças associadas como cardiopatia e problemas na tireóide.

❖ **Janete** tem quarenta e três anos, concluiu o ensino fundamental, trabalha há vinte e cinco anos como cabelereira e, atualmente tem salão de beleza próprio. É casada, tem três filhos; é portadora de Diabetes Mellitus tipo I há vinte e dois anos e depende de insulina; não faz acompanhamento nutricional e no diagnóstico nutricional foi considerada pré-obesa; apresenta várias complicações da doença como retinopatia, nefropatia e neuropatia.

Essas pessoas têm em comum o fato de serem portadoras de Diabetes Mellitus, porém atuam em diferentes profissões e também vivenciam mundos de trabalhos distintos. Três são empregados em empresas privadas e os outros três trabalham por conta própria.

5.2 IDENTIFICANDO SIGNIFICADOS DE SER PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

Entende-se que, para cada indivíduo ser portador da doença, representa um significado único, pessoal, tal como foi vivido e experienciado por ele e traduzido pela sua linguagem. Concordamos com Garro (*apud* SILVA, 2001) quando afirma que a compreensão do que é ser portador de Diabetes Mellitus mescla a vivência pessoal e o conhecimento compartilhado socialmente, formado, também, pela influência das orientações dos profissionais de saúde.

A análise das percepções dos trabalhadores do estudo, mostra significados de ser portador de Diabetes Mellitus que agrupados podem ser expressos em três grandes categorias:

- ❖ **A doença invadindo o corpo e a vida cotidiana**
- ❖ A luta contra uma doença silenciosa e assassina;
- ❖ A invisibilidade da doença, dificultando a compreensão dos outros;
- ❖ A convivência com uma doença, que vai destruindo o corpo, lentamente, deteriorando-o até a morte;
- ❖ A presença da doença no passado, presente e futuro; fazendo parte da trajetória de vida.
- ❖ As mudanças físicas e emocionais causadas pela doença, interferindo no cotidiano;
- ❖ As complicações decorrentes do Diabetes Mellitus e as doenças associadas, afetando a qualidade de vida dos portadores.

- **A doença exigindo mudanças internas e externas**
- A busca de um caminho para eliminar mais uma doença na vida (repetição de um padrão);
- A oportunidade de mudar a vida, repensar, buscar melhor qualidade de vida;
- A visão da doença como processo de mudança interno e externo, influenciando as diversas dimensões da vida;
- **A doença e a repercussão social**
- O confronto com a discriminação, com o preconceito, nos ambientes que freqüentam;
- A relação com família, amigos, colegas de trabalho na condição de doente crônico;
- A palavra dos profissionais de saúde para a doença;
- A necessidade de licenças para o tratamento ou para a aposentadoria.

Um dos sujeitos do estudo, ao ser questionado sobre o significado de ser portador de Diabetes Mellitus, não soube responder ao certo; disse que nunca lhe deram uma explicação correta, que só sabe que o caminho é procurar eliminá-la, como já havia feito quando foi portador de um certo tipo de câncer. Apesar de ser diabético, há três anos, Alencar mostrou-se confuso e pouco informado a respeito da doença, que é crônica e incurável até o momento, necessitando, portanto, de controle para o resto da vida.

Então não posso avaliar como é que eu me sinto a respeito da doença, a minha intenção é tentar **achar um caminho para eliminar ela como eu já consegui eliminar outra doença**, porque eu fui portador de um câncer, mas com muita cabeça dura e muita teimosia, eu cheguei lá.

Este trabalhador vê o Diabetes Mellitus como mais uma luta, mais um desafio que vai ter que enfrentar na sua vida; está repetindo um padrão já sofrido anteriormente. A representação social negativa da doença dirige a busca do caminho que procura. Continuou seu relato, tentando encontrar nas causas da doença, mais significados:

[...] a diabetes está sendo uma consequência dentro de tudo aquilo que eu estou sofrendo. Ainda não me deram uma explicação definitiva. Oh! você tem diabetes, é hereditário ou é por causa da disfunção de hormônio ou você arranhou ela por você mesmo, entendeu? Ou pela tua vida sedentária, teu hábito errado de alimentação. Sabe, investigaram, investigaram e nada...

As causas da doença estão relacionadas à combinação de fatores genéticos, ambientais ou até mesmo virais com estilo de vida sedentário, obesidade ou estresse.

Já **Otávio** incluiu, na sua resposta, elementos do **passado**, lembrando a doença da mãe; do **presente**, falando do seu cotidiano, e do **futuro**, temendo as complicações do Diabetes Mellitus.

Numa clara referência, para nós, de que a doença faz parte da trajetória de sua vida.

Olha, no dia-a-dia, eu até esqueço que tenho a doença, sabe... Mas quando tu vai e olha no espelho às vezes, quando tu tá com a moral meio baixa, aí é desagradável, aí tu sabe o que tu tem mesmo. Mas eu já estou habituado, no começo era mais difícil, no começo foi mais difícil eu encarar que eu tinha a doença, aí eu fiquei bastante frustrado, na verdade. Então, **hoje, eu tô mais feliz, eu tô administrando a doença até com mais contentamento**, não fico mais tão nervoso. Tenho receio do que pode acontecer mais pra frente. Esta preocupação a gente sempre tem, mas no dia-a-dia você acaba esquecendo.

Comentou ainda sobre o impacto emocional que sofreu no momento do diagnóstico:

Foi um choque, fiquei muito nervoso, fiquei triste, chorei, porque **a mãe tinha e morreu disso, né?** E a gente assistiu o tratamento dela, né, numa época com até ignorância, até por ser leigo, né? Vi que ela tomava injeção no braço, precisava vir a enfermeira todos os dias, aquela agulhona, **eu imaginava que se eu tiver que tomar insulina, vai ser horrível.**

Getúlio compartilhou conosco sua experiência desde o diagnóstico de Diabetes Mellitus, onde procurou encarar a nova situação com naturalidade, não a escondendo dos outros, até o momento em que começou a sentir as complicações e compreendeu que era uma doença silenciosa e muito mais perigosa do que imaginava. Mesmo assim, disse que vai lutar muito contra ela.

Mais uma vez, percebe-se a desinformação em relação a doença que, uma vez instalada, não se pode “lutar” contra ela. A vitória, no caso de Diabetes Mellitus, é aceitá-la, viver bem com ela, o que é possível, com controle adequado da doença, a prevenção das complicações e a melhoria da saúde e bem-estar. Nas palavras do próprio participante:

A sensação até foi estranha, mas encarei normalmente e procurei não ter... porque existe uma coisa, né? Não sei se tu sabes, que os diabéticos, a maior parte dos diabéticos, muitos deles, agora tá mudando o conceito. Mas, às vezes, **tinham vergonha de dizer que eram diabéticos. E eu nunca procurei esconder, onde eu vou, eu digo** e procurei encarar com naturalidade, aceitei, tentei... no começo não liguei muito, tomava medicação, não ligava muito, nunca escondi de ninguém. Às vezes, falava: "não posso, por que tenho Diabetes. Até por sinal eu ironizava, dizendo que tinham uma tia: a **"tia Bete"**. (risos) né?... e achando que para mim,... que ela nunca ia me derrubar, mas eu encarei, encaro normalmente, hoje sem problema nenhum, tá? Antes não sabia o que era Diabetes, hoje eu sei que ela é **silenciosa e assassina, né?** Porque **ela vai**

destruindo a gente por dentro, e antes eu encarava ela normalmente, mas eu não sabia o malefício que ela causava para os diabéticos, as complicações. Para mim, era uma coisa a mais e que nunca iria me atingir, e hoje eu sei, tô vendo o que é a Diabetes. Então, eu encaro assim de uma forma normal que é obrigado a encarar, mas vou lutar contra esta "tia", essa Diabetes.

As palavras de **Getúlio** trouxeram também a fala do coletivo, quando se referiu ao preconceito, a discriminação sofrida pelos diabéticos.

O sentido ambíguo está presente neste discurso; às vezes, mostrava indignação, revolta, temor à doença; outras, brincava, banalizava a doença, chamando- a de tia.

Em Michaelis (2000), ambíguo é poder ter “diferentes significados, é duvidoso, incerto, indeciso”.

A ambigüidade do homem é trazida analogicamente por Merleau-Ponty (*apud* SANTANA, 1998), na imagem da porta giratória. De um lado, ele está vendo o interior e, do outro, de dentro, olhando para o exterior. Não está nem inteiramente dentro, nem inteiramente fora, ao mesmo tempo está nos dois lados.

Outra participante do estudo nos sensibilizou ao revelar o significado de ser portadora de Diabetes Mellitus na sua percepção: “Tu queres saber bem, bem mesmo... Convivendo com ela como eu estou... Ela é um câncer lento... ela vai pegando todos os teus órgãos, vai te mordendo de lá, te mordendo de cá [...]”.

A representação negativa, o sentimento de tristeza expresso nesta declaração e no olhar de **Janete** parecem estar ligados diretamente à gravidade apresentada pela doença. Demonstra a dor da perda, pois submeteu-se a cirurgia para retirada de um rim (nefrectomia) e o outro está comprometido em decorrência das complicações do Diabetes,

devido à falta de tratamento durante doze anos, após o diagnóstico da doença. Conforme revelou:

Só comecei a me cuidar muito depois, porque eu não sabia do problema direito, continuou tudo legal, só lutando e trabalhando, não tava nem ligando, foi só quando **eu tirei o rim, há dez anos atrás [...]** Foi quando eu cheguei em **603 de diabetes**, quase entrei em coma, daí meu marido me botou no carro e me levou para o hospital, fizeram uma série de exames, tomei insulina e dá-lhe a abaixar. Quando chegou em **240**, isto foi depois de dez dias mais ou menos, aí fizeram exames no outro rim; tava também comprometido. Aí, chegaram pro meu marido e falaram, mostraram tudo direitinho. Nós temos que **arrancar este outro rim bem rapidinho, porque tá afetando o outro [...]** Aí, depois de quinze dias, eu entrei na sala de operações às 6 horas e pouco. Era para mim acordar ao meio dia, acordei à 1h30min da tarde da anestesia geral. Aí, quando eu acordei, com uma camisola branca toda ensanguentada, **me deu um desespero e comecei a chorar...** E ninguém conseguia me fazer parar...

As duas últimas falas descritas têm em comum a criação de imagens ou comparações para melhor representar sua doença (perigosa, assassina, câncer), sendo que estas imagens são fortemente marcadas pela difícil experiência da condição crônica de Diabetes Mellitus.

Já o sentimento de naturalidade, aceitação e até transcendência, descrito logo a seguir, fala da doença como uma maneira de mudar sua vida, de procurar ter mais qualidade de vida. Ser portadora da doença, para esta trabalhadora, significou uma **oportunidade de mudança**, que representou diminuir o ritmo de trabalho, ficar mais tempo com a família, estar aberta para novas opções de trabalho, como demonstrou em seu depoimento:

Para mim está significando a **oportunidade de mudar**, de dar uma parada, **repensar a minha vida**, o meu trabalho, os meus filhos... Penso, às vezes: será que não foi um alerta para mim mudar de vida, diminuir a correria, o estresse? Tive que mudar muito... Agora estou trabalhando em casa... E pode ser que neste período do começo da doença, não ser possível continuar com o meu trabalho, abra-se um outro caminho... eu me sinto aberta para outras coisas.

Verifica-se como a forma de encarar a vida influencia a maneira de conceber a doença. A positividade no cotidiano como característica parece ajudar a enfrentar o Diabetes com mais tranquilidade.

Quando o diabético empreende uma visão positiva sobre si, sentindo-se como ser humano comum e, na sua linguagem é capaz de compreender o Diabetes, para ele, a doença não se constitui em transtorno, nem em pesadelo.

Sua relação com a doença se apresenta de forma natural.

Nesse sentido, Merleau-Ponty (*apud* SANTANA, 1998, p.73), nos chama atenção, que “quando escuto ou leio palavras, nem sempre estas vêm tocar significados preexistentes em mim. Têm o poder de lançar-me fora de meus pensamentos, criam, no meu universo privado, censuras por onde outros pensamentos podem irromper.”

A pessoa pode ir somando ao seu perceber outras linguagens, outras percepções e, assim, formando uma nova imagem na sua relação com o outro e com o mundo.

Savana vê ainda a sua condição crônica de Diabetes Mellitus como um **processo interno e externo**, pois sente que precisa se cuidar e ajudar as pessoas a compreenderem a sua doença, para que as relações com o grupo de trabalho ou familiar sejam mais fáceis, completas. Como sugeriu: “A doença não é só um **processo interno**,

então o doente precisa **ajudar a forma externa e ficar bem estabelecida**, principalmente para o diabético. Então o freio tem que vir de minha parte...”

Entretanto, para **Valter**, ser portador de Diabetes Mellitus representa seguir as orientações do profissional de saúde:

“O médico disse que eu tenho que ter cuidado **para não me machucar**, nada.... O alimento tem que ser uma coisa que.... **o açúcar não pode usar de maneira nenhuma, nem açúcar nem pão doce, nada....** A carne tem que ser **mais magra**, algum refrigerante que eu tome **“só diabético” ou light, como se diz, né?** Usar adoçante... Só isso, **a gente se acostuma...** Mas é uma doença que era pra gente ter um **encosto**, uma coisa pra poder se manter, **pra não tá aí todo ruim, né?**

A passividade e o conformismo contidos nesta fala, principalmente quando disse “a gente se acostuma”, são como se o entrevistado não pudesse fazer algo diferente do que a vida lhe apresenta, este é seu destino, e pronto. As decisões não são suas, o significado da doença são as recomendações do profissional de saúde, só acha que precisava estar “encostado”.

As palavras simples, mas ao mesmo tempo tão ricas em ensinamentos, nos levam à reflexão da importância da relação educação/saúde/trabalho, da troca com o doente, da necessidade de saber mais sobre ele. O que será que pensa sobre as exigências/attitudes dos profissionais de saúde, dos empresários, do governo, como mantém o tratamento?

Nós, profissionais de saúde, precisamos permitir que o portador de Diabetes Mellitus seja como ele é, traga a sua vivência. Segundo Santana (1998), precisamos também olhar com o seu olhar, para, assim, e somente assim, podermos compreender esse ser humano que se quer conhecer e com quem se quer trocar. Por isso, considera-se muito

importante a forma como a pessoa é informada sobre o seu diagnóstico. A linguagem utilizada pelo profissional pode ser responsável por uma visão negativa ou inadequada da doença.

Neste primeiro momento de passagem para a condição de doente crônico é fundamental este cuidado por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Arduino (1980), as mais diferentes reações emocionais são observadas nos diabéticos ao ser diagnosticada a doença ou após eles terem experimentado certas limitações, particularmente as de natureza nutricional, que o seu tratamento impõe. Há pacientes que aceitam serenamente a doença, e há os que (e não são poucos), ao serem cientificados do diagnóstico, sofrem grande impacto emocional. As reações emocionais mais comuns, segundo a ADA (1998), são de recusa, raiva e depressão.

O diagnóstico de uma doença crônica, como o Diabetes Mellitus, traz consigo a mudança da condição de sadio para a condição de doente. Nessa situação, afirma Angerami-Camon (2001, p. 83), “o portador passa a lidar com o risco eminente de adoecer, sofrer e morrer. Isto faz com que ele viva constantemente ameaçado por esta situação, que representa um ataque não somente ao seu corpo, mas também ao seu psiquismo”.

Para a maioria dos participantes deste estudo, a descoberta do Diabetes Mellitus se deu quando perceberam que algo havia modificado no seu corpo: fraqueza excessiva, diurese aumentada, emagrecimento repentino, nascimento de um filho com peso acima do normal.

A doença, significou para eles, no primeiro momento, as mudanças físicas sofridas pelo corpo, e estas logo trouxeram alterações emocionais, porque a nova condição interferiu no desenvolvimento das atividades do dia-a-dia e/ou fugiu daquilo que consideravam como normal.

Conforme ilustraram em seus depoimentos:

[...] no início, eu descobri que estava em agosto, daí, peguei dez dias de licença e, depois, voltei para trabalhar, fiquei **magrinha, fraquinha**. Quando caía um papel no chão, eu pensava cinco vezes se me abaixava ou não para pegar, isto é **completamente oposto a minha natureza**. Porque quando estou descompensada ou quando tá muito alta, fico cansada, tão **cansada** que não consigo nem abrir os olhos”. (Savana)

“[...] tomei dois copos de caldo de cana e **comecei a urinar muito**. Fiz exame e foi diagnosticado.” (Otávio)

“Eu descobri o diabetes quando **meu filho de vinte e dois anos nasceu** com peso de mãe diabética, **4.750 Kg**. Eu tinha muita infecção todo tempo, urinária, tive dois abortos, o médico disse que tudo foi por causa da diabetes, mas eu não sentia nada.” (Janete)

“Então, eu tinha muitos estados hipoglicêmicos, mais do que hiper, isto atrapalhava porque eu ficava neste estado de impaciência, irritação, talvez seja a palavra certa...” (Savana)

“[...] aí começou a **preocupação**, eu achei que eu tava **urinando muito, em excesso**, à noite principalmente, e era... e realmente era do diabetes...
...tu és um toro, e isso e aquilo, mas eles não sabem que eu sou **diabético**, e a Diabetes ainda está custando, hoje deu 200 e alguma coisa, uma doença que não aparece, eu não sou forte, sou obeso, mas a aparência minha, para quem olha, eu sou saudável, muito falador, mas não sabe que eu sou também um hipertenso, com pressão de 24 por 12,13,... 23 por 13, minha pressão fica de guri, mas também só com medicação em kg, tá?
...com Diabetes, 126 kg, obeso e ainda com hipertensão, com dor no braço, tudo consequência da Diabetes...(Getúlio)

Getúlio ressaltou a invisibilidade da doença, que não se mostra exteriormente no corpo, mas é algo que se constitui na vivência, no “Ser diabético”, que é uma condição que implica em exigências e cuidados no cotidiano, que incorpora a doença como parte de sua vida; este conhecimento só é próprio de quem vivencia a doença.

Nas palavras de Silva, (2001, p.80), “não há uma doença atingindo parte do seu corpo ou uma doença que a atinge momentaneamente, mas há absorção da doença, fazendo com que esta passe a ser compreendida como a própria pessoa.”

Getúlio demonstrou-se muito exaltado ao desabafar sobre a interferência que causa a impotência em sua **vida familiar**, nesse caso, devido a insuficiência vascular ou a medicamentos anti-hipertensivos:

[...] eu não sou malandro, tenho quarenta e nove anos, hoje estou com esses problemas, e com mais um problema que surgiram com remédios, que hoje eu sou um homem **impotente**, tá? Porque, para mim manter relações, isso eu garanto e friso bem **em casa**, eu tenho que parar de tomar medicações dois dias, um dia. Aí, quando acaba de ter uma relação sexual, o coração respondia, quer dizer então, não é uma doença? Também? É, sim, mas consequência do que, consequência dessa doença e da medicação para pressão, eu sei que tenho que tomar, claro que eu vou tomar, mas eu tenho que parar, um dia eu tenho que ficar... eu não vou viver a vida inteira tomando isso, **afeta tudo**, aí tem que haver uma compreensão, uma conversa, tudo isso aí..., eu quero dizer isso, então..., **tudo é saúde**.

Referindo-se também à **família**, Savana revelou o relacionamento com os três **filhos** em casa, afirmando que eles entendem e respeitam sua nova condição:

[...] eu não posso ficar impaciente com as crianças (da escola onde trabalha), como em casa, por exemplo, porque eu tenho três ferinhas, né... Quando eu começo a sentir, eu já vou logo falando, olha a mãe está

com hipo, não comecem a aprontar, porque aí eu não consigo nem trabalhar com a situação, eu não consigo.

Explicou, também, que, depois da doença, houve divisão de tarefas com o marido que, antes da doença, eram realizadas apenas por ela. Referindo-se às reuniões da escola salientou que: “[...] reunião dos meus filhos só quem vai agora é o meu marido, porque geralmente começa às 19 horas e termina às 21, 21h30min, quando chega em casa. Para mim, não dá mais, eu não posso ficar sem me alimentar neste horário”.

Escrevendo sobre este assunto, Lewis (*apud* ANGERAMI-CAMON, 2001, p. 82) ressaltou que “a forma de enfrentamento de uma família em relação a um diagnóstico de doença crônica interfere diretamente no curso evolutivo dessa doença”.

Para Patrício (1996, p. 49), a família pode ser vista como “uma unidade que necessita cuidados de saúde, mas também é uma unidade prestadora de serviços de saúde. Um recurso (possibilidade) para o crescimento e desenvolvimento saudável dos seus membros, como também pode ser uma limitação nesse processo”.

Percebe-se que quando há colaboração da família, as pessoas enfrentam o Diabetes Mellitus de maneira mais tranqüila. Sentem-se mais seguras em viver os momentos de incertezas e medos do seu cotidiano.

Cada um associou a descrição de sua doença à experiência construída ao longo do tempo.

Portanto, são diferentes significados, que têm em comum o fato de estarem fortemente marcados pela vivência da doença.

Ao buscar-se contrastar essas percepções com os conceitos do referencial teórico de Medicina e Nutrição, vê-se que há diferenças essenciais, pois elas demonstram o

que é ser portador, viver com a doença, e a literatura se refere às alterações fisiopatológicas que atingem o corpo.

Nos diferentes significados do que é ser portador de Diabetes Mellitus, observa-se que todos concordam que suas doenças estão além das alterações físicas e emocionais que sofrem; afetam seus hábitos em todas as dimensões de sua vida, o cotidiano da família e, principalmente, o do trabalho, tão fundamental na história humana, como veremos no Capítulo VI.

5.3 IDENTIFICANDO HÁBITOS ALIMENTARES - ANTES E DEPOIS DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS

Para a maioria dos entrevistados, houve modificações nos hábitos alimentares após o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Considerando a restrição feita aos carboidratos simples (açúcares, doces) como a principal, e em alguns casos, a única modificação.

O tempo requerido para essas modificações nos hábitos, variou muito em cada história alimentar. Enquanto uns agiram imediatamente após o diagnóstico da doença, outros ainda estão se adaptando ao padrão recomendado ou demoraram anos para modificar seus hábitos e iniciar o tratamento nutricional.

Todos relataram terem sido orientados quanto ao tratamento nutricional, mas somente a metade deles faz acompanhamento nutricional regular, o que pode justificar, em parte, a inadequação em termos de quantidade de alguns nutrientes e fracionamento das refeições, observado em alguns relatos, além das outras dificuldades e limitações sofridas .

A análise da história alimentar dos entrevistados mostra que a maioria não segue o tratamento nutricional, enquanto trabalha e, em casa, também revelam limitações.

Apenas um dos trabalhadores, que faz acompanhamento nutricional regularmente, possui alimentação balanceada e faz o fracionamento ideal das refeições em casa, mas não faz no trabalho.

A maioria não consegue fazer cinco ou seis refeições diárias, e pelas histórias alimentares reveladas têm uma alimentação muito rica em carboidratos e gorduras e com pouca quantidade de fibras, o que é prejudicial para saúde, em geral e, particularmente grave, no caso de Diabetes Mellitus.

Em resumo, pode-se destacar as seguintes características encontradas quanto aos hábitos alimentares em dois momentos, antes e após o diagnóstico de Diabetes Mellitus:

- ❖ Substituição das refeições principais por lanches ricos em gorduras saturadas e carboidratos;
- ❖ Dificuldade de encontrar alimentos mais saudáveis em bares e restaurantes próximos aos locais de trabalho.
- ❖ Desequilíbrio na alimentação, devido à falta de recursos financeiros e/ou de cuidados com a saúde;
- ❖ Irregularidade de horários para descanso e alimentação;
- ❖ Fracionamento inadequado das refeições;
- ❖ Ingesta exagerada de alimentos para compensar carências emocionais e afetivas;
- ❖ Rigidez do padrão alimentar;

Além dessas, a dificuldade de controlar a vontade de ingerir doces nas reuniões sociais foi comum a todos trabalhadores após o diagnóstico da doença. E o consumo exagerado de álcool diariamente foi relatado por um dos participantes, mas apenas antes do diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Uma das participantes assim descreveu seus hábitos alimentares: “[...] eu passava só trabalhando, quando dava, ia na lanchonete ao lado e pedia... eu adorava x-bacon e suco de laranja, era o que eu mais comia no trabalho, lanches...; em casa, comia de tudo... não tinha horário para nada, tudo em excesso...”

Reafirmou que a sua alimentação continuou igual após o diagnóstico. Que “não estava ligando”. Só depois de doze anos, em 1990, quando “tirou o rim”, que “ficou moderada”. Até isso acontecer, não levou o Diabetes Mellitus a sério, só pensava em trabalhar e cuidar dos seus filhos.

Eu tinha dois filhos pequenos, tu sabes como é que é, né? Filhos pequenos e trabalhando... Antes eu não sabia como é que era e foi cada vez mais acumulando, né? E agora que tá controlado, ai de mim se não tivesse controlada estes onze anos, eu já tava morta há muito tempo, tô sem rim, o resultado é este... Todo este cuidado ainda é pouco...

O que levou **Janete** a alterar seus hábitos e seguir as prescrições médicas e nutricionais quanto alimentação, atividade física e repouso corretamente não foi o diagnóstico de Diabetes Mellitus, mas a perda de um rim, devido à insuficiência renal causada pela nefropatia diabética, uma das complicações da doença. O tratamento adequado, logo após o diagnóstico, talvez evitasse tal procedimento, com significado tão marcante na vida dessa trabalhadora.

Outro participante, revelou que antes do diagnóstico fazia três refeições diárias: no desjejum, tomava um copo de café preto com açúcar e um pão; no almoço, arroz, macarrão, salada (às vezes) e carne e, no jantar, somente carne assada, ensopada ou frita (uma porção) e arroz (cinco colheres).

Valter, com muita simplicidade, referindo-se a sua alimentação após o diagnóstico da doença, ressaltou:

Aí, eu tenho que usar só a carne magrinha, pouco uso agora carne ensopada, porque daí é carne mais gorda... O café é na firma, mas daí o café é amargo, puro, porque o adoçante eu não gosto de usar no café preto, o pão tem que comer sem nada dentro, a médica disse que a outra margarina não dá, só a light.... e lá não tem... no almoço é arroz e a carne, às vezes era carne, às vezes era frango, a carne bem magrinha ... Peixe, muito pouco, é difícil. Macarrão e salada tem, às vezes, só de tomate, repolho ou chuchu.

Esclareceu que, em casa, faz mais refeições “[...] às vezes quatro, cinco. Eu tomo café de manhã, às vezes, mais tarde, tomo outro cafezinho. Meio dia, almoço. De tarde, o café. De noite, janta...”

Falou também sobre os lanches entre as refeições principais: “Na firma eu não faço, se eu tô em casa, eu faço. Em casa, eu tomo o meu cafezinho com pão à tarde, café com leite, às vezes um queijo, às vezes, coalhada...”

Quanto à inclusão de frutas na alimentação, ele disse “Eu não como, é muito pouco, não gosto.”

Alencar pontuou que sua alimentação, antes e após o diagnóstico, mudou, porque agora usa adoçantes e diminuiu um pouco a gordura. Contou que, no café da manhã, toma:

Um caneco grande de café com leite e, normalmente, em média, dois pãezinhos com o que tiver; às vezes, coloco a sobra das carnes de outras refeições nos pães. Uma vez por semana eu como dois ovos fritos. Tinha um período que eu comia quase todo dia, mas isso bem antes do problema, isto eu tive que parar por causa do colesterol...

No almoço, quando não está trabalhando, disse que não costuma repetir a comida, faz apenas um prato de comida. “Este prato é rotineiro de anos e anos e anos”. Como carne, legumes, arroz e feijão. Isto é uma coisa que sempre sinto falta, já me acostumei, pois sou do Rio de Janeiro e lá não se come sem feijão.

Explicou que quando tinha uma vida normal de trabalho, antes de estar no serviço de cozinheiro, ele trabalhava com o pessoal de navegação:

[...] aí meio-dia era horário de almoço, então eu fiquei doze anos almoçando todos os dias ao meio-dia, a não ser aos domingos, que você faz aquele almoço mais tarde, (descreveu os domingos com muito entusiasmo) eu ia para a cozinha, não deixava minha mulher cozinhar, eu começava a bolar comida, eu gostava de fazer comida diferente, entendeu? Eu pegava uma carne, um lombinho, eu fazia com mostarda... o que desse na louca eu fazia, entendeu? Era o único dia que eu fugia à regra, era aos domingos. Normalmente, à noite, ou uma sopinha ou um café com pão ou uma cerveja com sanduíche, não tinha assim uma definição. E gosto muito de comer maçã, no fim da noite. E uma coisa que é sagrado no almoço: uma laranja, esta eu não dispenso.

Atualmente, como trabalha em uma cozinha industrial seus hábitos mudaram,

[...] a única coisa que eu posso dizer para você que eu faço no horário normal é o café da manhã, quando eu tô no pique da temporada; almoço só quando dá. Aí, de noite, eu sento num barzinho, dá um sanduíche, dá um chope e acabou... ou um Bauru, o que eu tiver na frente. Eu não como onde eu trabalho, não gosto.

A sinceridade, expressa em muitas falas, admite a transgressão alimentar, como traço natural em suas vidas. Verifica-se no falar prazer em saborear os alimentos e evitar aborrecimentos durante as refeições.

Para Michaelis (2000), transgressão é o ato de transgredir, ir além dos limites, não cumprir, não respeitar (as leis ou regulamentos).

Segundo Santana (1998, p. 107), “a transgressão da pessoa diabética, provavelmente, se dá em função da forma com que lhes é passado o discurso hermético e vertical do profissional de saúde”. Um discurso que, muitas vezes, se distância da realidade do portador de Diabetes Mellitus, exatamente por ignorá-la.

Sobre esse assunto, Patrício (1996, p.98) registrou que “as restrições que os profissionais da saúde impõem ao cliente (as ordens médicas, as quais a maioria dos enfermeiros endossa), sem perceber essas limitações, causando mais sofrimento, inclusive aumentando fatores predisponentes à doença”.

Um outro participante contou que sua alimentação, de vinte anos para cá, foi totalmente desregrada, além do que bebia e fumava muito. Disse que nunca acreditou que pudesse ficar doente:

[...] mesmo em **casa**, a minha mulher e os meus filhos tinham horário para comer, eu não tinha, tá entendendo? Às vezes, eles estavam almoçando, eu não almoçava junto, ou comia depois ou deixava... geralmente fazia uma refeição só por dia, à noite, e de tudo. Era um trator, era só uma refeição e assim foi onde essa obesidade foi se formando, vida sedentária e assim foi a minha vida nestes últimos anos. Assim foi a alimentação em casa ...

Em relação aos hábitos alimentares durante o horário de trabalho, antes do diagnóstico de Diabetes Mellitus, comentou que cometia excessos que interferiam inclusive na vida familiar, nas suas palavras:

Minha mulher, até se incomodou muito comigo nesta fase, porque... né? Eu saía e nunca chegava antes das 10, 11, meia-noite em casa. E então era aquele sedentarismo, comia de tudo, junto com bebida. Os meus hábitos, antes de saber que era diabético, eram os piores possíveis, simplesmente não tinha, era completamente desregrado...”

E acrescentou:

Bebendo, fumando, eu tinha uma vida economicamente boa, mas quanto a minha vida pessoal de saúde, eu podia até achar boa, mas não, praticamente um porre todo dia, quase toda noite, isto era verdade, de segunda a quinta, né? Saía do serviço, se reunia todo mundo, ia beber até 10 horas. No outro dia, de ressaca, de manhã cedo; não tinha um controle de nada na vida nesta época, então achava... (riso irônico) só que de manhã que eu me xingava: Poxa, por que eu bebi? Acordava com aquele mal-estar, mas, à noite eu voltava de novo, não tinha alimentação, tanto que naquela época eu era magro, magro... quer dizer tinha 85 kg e eu casei com 65, vamos botar 70 kg quando eu casei. Mas nesta época de trabalho, na década de 80 a 90, antes de eu ter o restaurante, eu não cheguei nunca a 90 kg, mas era uma vida completamente desregrada...

Getúlio relatou ainda que acordava normalmente às 7 horas, trabalhava 8 horas no serviço público. Até ao meio-dia, geralmente ficava trabalhando, porque não ia almoçar em casa, tinha um “cargo de chefia, de responsabilidade”.

No horário do meio-dia, às vezes, mandava buscar um quibe, que gosto muito. E ali ficava trabalhando, fumando e tomando refrigerante, e ia até 7 ou 8 horas da noite. Saía do serviço e ia para um bar, geralmente perto do serviço, onde encontrava os colegas de trabalho e ali ficava até 10, 11

horas. Geralmente ia para casa quase sempre embriagado, não só eu, mas todos que ali estavam. Indo naquele negócio, uma cerveja, mais uma, a saideira, tá, tá, tá, lembra daquilo? E conversa daquilo e era assim a vida, de segunda a quinta, e sexta eu ficava em casa dormindo para recuperar as energias..." (risos).

Então começou a contar sobre seus hábitos após saber do Diabetes Mellitus. Disse que recebeu o diagnóstico do médico, que lhe falou: "Ó, você tem glicose no sangue". Ficou espantado, porque sua taxa sempre foi normal. No começo, após saber, não deu muita "bola". Foi saber em torno de 1994, 1995, não lembra bem. No início, não tomou nenhum remédio. Nesta época, tinha um restaurante, continuou com uma vida normal, como se não tivesse nada. Ia ao médico e fazia os exames que ele solicitava. Os exames apresentavam taxas pouco acima das normais:

[...] naquela fase, o máximo que chegou foi a 170 e alguma coisa, eu nunca tomei, de uns três anos para cá que eu comecei a me preocupar mais com ela, porque ela passou dos 200, começou a passar, tá entendendo? Mas, mesmo assim, só comecei a tomar um comprimido, o "Daonil", Glimendamida, o nome genérico. E... continuava com a vida não tão sedentária, nesta parte, porque daí de dez anos para cá, eu parei a bebida, praticamente não bebi mais, a não ser uma cervejinha ou outra, às vezes, em casa, tá? Isto esporadicamente, uma cerveja por mês, a cada dois meses; fumando muito, que eu sempre fumei, mas não dando bola para Diabetes, eu só comecei a me preocupar mesmo com a Diabetes, de um ano para cá, um ano e meio para cá, aí começou a preocupação, eu achei que eu tava urinando muito, em excesso, à noite principalmente, é, era... e realmente era... Então eu comecei a fazer uma dieta por conta própria, sem acompanhamento nenhum, mas é difícil, eu já não estava mais no serviço público, tava trabalhando aí como motorista...E motorista, principalmente, e hoje em qualquer função, as empresas não respeitam mais as pessoas, né? Então,... é muito difícil, difícil mesmo a gente manter

um tratamento sem estar com uma licença médica, e eu digo a gente principalmente portador, da pessoa que precisa fazer uma dieta ou manter um peso, um tratamento, se não houver um,... como vou dizer,... um acompanhamento do médico, do nutricionista, fica difícil. E também o próprio médico tem que ser consciente, que o paciente ainda está doente, precisa de um tempo para se tratar...

Continuou falando como sofre com a obesidade, a hipertensão arterial, o Diabetes descompensado e as dores articulares, principalmente no antebraço.

O diagnóstico nutricional feito pela pesquisadora, de acordo com a classificação do IMC (Índice de Massa Corporal) da Organização Mundial de Saúde, 1999, o considera portador de obesidade mórbida (IMC de $44,88\text{Kg/m}^2$). Analisando a história alimentar de **Getúlio**, constata-se que o mesmo faz o acompanhamento nutricional, não segue dieta enquanto trabalha e, em casa, procura seguir uma dieta hipossódica e com ausência de carboidratos simples (açúcares). Porém, com fracionamento inadequado das refeições (três diárias), baixa quantidade de fibras e cálcio.

Savana que, ao contrário de **Getúlio**, era adepta de hábitos saudáveis, encontrou mais facilidade na adesão ao tratamento nutricional, como ela mesma explica: “[...] não mudou muita coisa; é só que agora eu sento e como com calma de manhã.”.

Ela explicou que sua vida antes do diagnóstico era muito mais agitada e agora é mais calma. Quanto aos hábitos alimentares, afirmou:

A alimentação em termos do que eu comia não chegou a mudar tanto, sempre preferi alimentos mais naturais, a não ser que realmente eu tirei o açúcar e não gosto de usar adoçantes químicos. Eu já não adoçava mais com açúcar, mas doces, chocolates, aquelas coisinhas que eu gostava de comer, também saíram. Não foi dramático tirar isto, porque eu já tinha um controle sobre isto, né

“O controle na vida do diabético é o fantasma que o atormenta, sendo a comida, principalmente os doces, os vilões da história” (SANTANA, 1998, p. 116).

O controle é tema básico nos discursos dos portadores de Diabetes Mellitus. Na verdade, de tantos controles, proibições, surgem desejos e, desses desejos, vêm as transgressões.

Um estudo com pessoas em situação de descompensação de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial, Patrício (1996, p. 98) validou a tese de que “as descompensações que os sujeitos apresentaram nas suas doenças eram relacionadas à infelicidade e ao desprazer no seu cotidiano, e que as limitações impostas pelo tratamento de saúde poderiam promover ainda mais a descompensação”.

Savana contribuiu, ao expressar a influência do estado emocional na alimentação: “Eu vejo que alimentação descompensa quando a gente tá descompensada de alguma maneira emocional, ou muito atropelado, se eu tô legal, eu passo tranqüila, não me coloco em situação de risco.... O estresse influencia na alimentação...”

Ao avaliar os hábitos alimentares antes e depois do Diabetes Mellitus, ela esclareceu ainda que:

[...] a diferença é que agora eu como salgados com mais prazer do que antes se eu tô fora, tô na rua, vou tomar um cafezinho, eu como um pão de queijo, eu como uma empanada, coisa que eu jamais pediria, eu ia direto na torta.... e isto mudou, eu só olho p/ torta e vou para o salgado. Mas é um prazer de comer, não é só obrigação, eu gosto de comer.

Quando conversam sobre o alimento, os portadores de Diabetes Mellitus o fazem parecer mais saboroso do que para as outras pessoas. Transmitem o prazer em se alimentar. Há valorização dos hábitos do cotidiano e maior entusiasmo ao relatarem estes.

E, falando dos prazeres da vida, Patrício (1996, p. 98) reforça a sua tese, explicando que:

o indivíduo, com limitações de hábitos por alguma doença, precisa ter um mínimo de prazer no cotidiano. Ao profissional de saúde, cabe apenas informá-lo e alertá-lo sobre os prejuízos de certo comportamento, estimulá-lo, motivá-lo ao tratamento, mas não lhe tirar a possibilidade de decidir sobre como tornar sua vida menos amarga e mais prazerosa nos pequenos pecados do cotidiano, por exemplo, comer algo que lhes agrade, fazer coisas que lhes causem felicidade, como ir a festas.

Na nossa sociedade, a maneira mais difundida de encontros entre familiares e amigos é participar de festas, reuniões, especialmente aquelas que comemoram eventos especiais (casamentos, aniversários...). Nesses encontros, o bolo, os doces, têm lugar assegurado nas mesas.

Não poder participar desses momentos, que podem ser considerados como rituais, é motivo de sofrimento para alguns dos participantes do estudo, ficando, então, mais evidente que a doença está lhes impondo a perda do prazer, não só da ingestão de um alimento que é desejado, mas também impõe a quebra na participação de um evento/ritual, onde o alimento tem valor simbólico, como destacado por Helman (*apud* SILVA, 2001, p. 97) “[...] o alimento é uma forma de criar e manifestar os relacionamentos entre pessoas”.

Alguns contam como vivenciaram esta situação:

“A não ser numa festa de aniversário que daí eu faço um doce para mim... Uso aquela gelatina diet com creme de leite, light, este é o meu doce de festa. Mas no diário, eu não costumo comer...”

“[...] o ruim é ter que ir às festas e ficar olhando aquele monte de doces sem poder comer, às vezes, eu não agüento, quase sempre fazem um só para mim, mas não é a mesma coisa...”

Segundo Santana (1998), a comida é um alvo incontestável do portador de Diabetes e, por isso mesmo, parte difícil da história. A cultura é um traço forte nesse contexto. As reuniões e atividades sociais, geralmente possuem o comer como elemento gregário entre as pessoas e, no olhar de Maffesoli (1984), são também sinônimos de “respiradouros”, ou seja, espaços encontrados pelas pessoas que fogem da rotina de trabalho.

Mesmo não sendo o enfoque desse estudo, questionam-se os sujeitos sobre os hábitos de sono, de repouso e atividade física, porque se entende a importância dos mesmos associados ao tratamento nutricional e medicamentoso, se necessário, para o bem-estar dos portadores de Diabetes Mellitus. Além do que, como se observou na revisão da literatura, são dados essenciais para o histórico nutricional.

A maioria dos trabalhadores tem consciência dos benefícios dos exercícios físicos, principalmente para os portadores de Diabetes Mellitus, e procuram caminhar regularmente ao ar livre ou em esteiras ergométricas. Porém, dois dos entrevistados, mesmo tendo conhecimento da necessidade da prática de exercícios físicos, acham que as atividades desenvolvidas no trabalho, executando as funções de promotor de eventos/cozinheiro e de pintor, são muito desgastantes e, portanto suficientes para melhores condições de saúde, mesmo não sendo o exercício ideal recomendado.

Sobre os horários de sono e repouso, todos referiram sentir-se mais cansados após a doença e, que têm necessidade de mais horários de repouso, principalmente, depois do almoço, o que se torna impossível, devido aos horários de trabalho. Procuram compensar com mais horas de sono durante a noite, para isso tentam dormir mais cedo do que o habitual. O horário que acordam para trabalhar é, em média, entre 6 e 7 horas da manhã.

Com relação ao seu corpo, os seres diabéticos percebem-se mais, conhecem-se mais, transitam mais sobre si mesmos do que os seres não diabéticos. O sono parece ser mais bem dormido do que o sono dos demais, talvez porque é uma necessidade, uma solicitação dos seus corpos, que foi prontamente atendida (SANTANA, 1998).

Voltando ao enfoque principal desse estudo: o tratamento nutricional, associado aos demais, é um elemento fundamental para administrar o Diabetes Mellitus.

Uma dieta equilibrada dos principais nutrientes – carboidratos, gorduras e proteínas – pode suspender os sintomas da doença, estabilizar os níveis de glicose no sangue e reduzir o risco de complicações.

Sabe-se da dificuldade dos indivíduos de formar ou mudar hábitos. O comportamento alimentar, especificamente, é considerado por alguns autores o aspecto menos flexível de suas vidas, pois envolve fatores culturais, sociais, econômicos e emocionais. No estudo, enquanto há trabalhadores que tentam seguir as orientações recebidas, outros preferem correr os riscos inerentes à doença ou resistem, mantendo o mesmo padrão alimentar, alegando impossibilidade de manter o recomendado, porém todos relataram sentir dificuldades e limitações para seguir o tratamento nutricional, principalmente no horário de trabalho.

CAPÍTULO VI

O TRABALHO E TRATAMENTO NUTRICIONAL:

RECRIANDO O COTIDIANO EM BUSCA DA CONVIVÊNCIA

SAUDÁVEL

Nesse capítulo, apresentar-se-á a análise e discussão de como as atividades do trabalho influenciam o tratamento nutricional das pessoas na condição crônica de Diabetes Mellitus. Falando da importância do mundo do trabalho, da relação trabalho/saúde, das limitações e possibilidades de tratar a doença durante o período de trabalho, as mudanças exigidas pela doença, transformando o cotidiano dos portadores de Diabetes Mellitus.

A diversidade de profissões dos sujeitos foi enriquecedora para o estudo, ao trazer as limitações e possibilidades dos portadores de Diabetes Mellitus em seguir o tratamento nutricional no trabalho, seja como empregados, autônomos ou micro empresários.

Dentre elas, especificam-se:

Trabalhando como funcionário sem o apoio da empresa

- A alimentação fornecida pelas empresas é considerada inadequada em termos de qualidade e quantidade;
- A impossibilidade de levar alimentos de casa para o trabalho, por problemas financeiros ou por imposição da empresa;
- A falta de tempo para se alimentar ou de alimentação adequada durante viagens a trabalho;
- A impossibilidade de fracionamento das refeições, enquanto desenvolve as atividades no trabalho;
- A dificuldade de almoçar em casa, quando mora longe do trabalho, e a empresa não tem refeitório e dá dois vales transporte por dia (descaso de algumas empresas com alimentação dos funcionários);
- O horário reduzido para alimentação e repouso; “marcação” em cima de quem sai para fazer lanches;
- A necessidade constante de aumento da jornada de trabalho por exigência da empresa;
- O medo de perder o emprego ao falar sobre sua condição de doente crônico, portador de Diabetes Mellitus;
- A dificuldade de conciliar as orientações dos profissionais de saúde e a realidade vivida;
- A percepção que as atividades desenvolvidas e os cargos que ocupam não favorecem o tratamento (quanto mais alta a hierarquia, maiores as possibilidades) ;

Trabalhando como funcionário com o apoio da empresa

- A dificuldade de manter o fracionamento adequado das refeições, devido ao ritmo de trabalho e envolvimento que as atividades desenvolvidas exigem
- A indisciplina (consciência própria), de não parar para se alimentar, mesmo tendo auxílio dos colegas de trabalho e flexibilidade de horário;
- O incômodo de interromper uma atividade de trabalho, por sofrer sintomas de hipoglicemia;
- O constrangimento de seguir as recomendações do tratamento nutricional no ambiente de trabalho, na presença de estranhos.

Trabalhando por conta própria

- A dificuldade de conciliar os seus hábitos alimentares com as atividades e interações no trabalho;
- A dificuldade de aquisição de alimentos mais saudáveis, próximo ao local de trabalho;
- Os problemas financeiros da família, causam tensões e, conseqüentemente, interferem no tratamento;
- A dificuldade de mudar o padrão alimentar conforme as exigências da doença; mesmo com grande disponibilidade de alimentos no trabalho;
- O constrangimento de fazer lanches no horário de trabalho com alimentos oferecidos por clientes;

- A constatação de que tratamento nutricional recomendado não é mantido, mesmo quando há possibilidades de levar alimentos de casa para o trabalho, devido à falta de hábito em relação ao fracionamento das refeições.

Dentre os empregados, somente uma participante encontrou apoio em relação à doença na empresa e aos colegas de trabalho e sentiu-se à vontade para falar da doença (Savana). Os outros escondem sua condição de doente crônico, porque estão certos de que perdem o emprego; já viram acontecer com outros colegas de trabalho (Getúlio e Valter).

Dos que trabalham por conta própria, uma tem um salão de beleza (Janete), outro uma cozinha industrial, que atende a todo tipo de eventos (Alencar) e outro é um trabalhador autônomo, prestador de serviços de pintura (Otávio).

Todos os participantes vivenciaram pela sua condição de portador de Diabetes Mellitus, a mudança no cotidiano de trabalho, seja na profissão, no local de trabalho ou na própria atividade.

O mundo do trabalho tem sido focalizado, pelo menos na produção de conhecimento em pós-graduações de áreas próximas às ciências da vida humana, através de temas mais contextualizados.

Segundo Patrício; Casagrande e Araújo (1999) e os estudos apresentados no livro “Qualidade de Vida do Trabalhador – uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas”, já começam a aparecer, mais cotidianamente, questões referentes aos significados que o trabalhador tem sobre seu próprio processo de trabalho e sobre a utilização dos produtos deste, bem como questões sobre os significados indiretos do trabalho, representados pelos benefícios e pelas limitações que atingem, além do próprio trabalhador, também seus dependentes e o ambiente.

Sem dúvida, o contexto do trabalho é componente fundamental na produção da história humana. Entretanto, mesmo nessa evolução, ao consultar a literatura com olhar mais qualitativo, ver-se-á que os temas referentes ao trabalho estão mudando de foco, mas, ao mesmo tempo, mantendo padrões ainda mais determinados no contexto de organização. Sob influência de pressupostos de paradigmas emergentes, contudo, há perspectivas de estudar o trabalho no seu microcosmo, e as repercussões desse mundo, nas demais dimensões da vida humana e vice-versa (PATRÍCIO et al.,1999).

Hoje experimentamos o paradoxo de conviver com tecnologias avançadas e muito sofrimento humano. Aliado aos prejuízos que causamos ao ambiente e que, naturalmente, voltam para nós, os prejuízos que a aplicação indiscriminada de tecnologia geraram na dimensão do trabalho humano, mais especificamente o desemprego e suas conseqüências, têm sido componentes importantes na construção da qualidade de vida individual e planetária (PATRÍCIO,1999, p. 59).

Essa afirmação adquire proporções maiores, tratando-se de trabalhadores portadores de doenças crônicas, que têm mais dificuldade em obter emprego, em manter-se no trabalho, cuidando da saúde, que, além das despesas normais com seu sustento, têm que arcar para toda a vida, com as despesas do tratamento de saúde. Dependendo da situação financeira do portador, esta traz limitações ou relativas possibilidades ao tratamento de saúde.

Nossos atores traçaram bem este perfil.

Wisner (1987) convenientemente definiu que os estudos das leis do trabalho devem significar o objeto que ele designa: o homem, em suas situações de trabalho e suas relações com o conhecimento científico e a realidade social. De acordo com o princípio da

globalidade, como destaca Santos e Fialho (1997), ao analisar as atividades no trabalho, é que o homem coloca em prática, durante a realização do trabalho e das principais inter-relações entre estas atividades, todas as funções mentais e físicas. É necessário lembrar que é preciso respeitar como um princípio a participação global do organismo a toda a atividade, e é nesse sentido que os resultados da análise das atividades devem ser interpretados. Deste modo, as análises de trabalho destacam a ergonomia como o conjunto de conhecimentos que fornece subsídios técnico-científicos e metodológicos para adaptar o trabalho ao homem, e a relação saúde/trabalho encontra-se nesse contexto.

“De qualquer maneira, o trabalho não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde” (DEJOURS, 1998, p. 164).

Concorda-se com este autor, visto que, para os nossos entrevistados, trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, o trabalho pode favorecer a saúde, quer seja como meio de sobrevivência, quer como elemento de catarse... ou validando os pressupostos, favoreceu a doença, na medida que limitou o tratamento de saúde.

Referindo-se ao **tratamento nutricional durante o período de trabalho**, Valter afirmou:

“[...] esta é uma **comida fraca**, porque a gente trabalha em serviço pesado ou à noite (carpinteiro/vigia) tem que passar fome, e isto eu acho ruim né. Trabalhar em serviço pesado, comer pouco ou comer comida fraca, não dá...”. Disse que sente fome, que **“o tratamento não dá para fazer todo, eu faço três refeições por dia na firma, em casa, o cara pode fazer mais, né...mas a firma não dá, né.... O cara não pode fazer, né...”**

Quando perguntamos se ele poderia levar algum tipo de lanche para a firma em que trabalha, negou, explicando que “eles não aceitam. Nesta firma que eu tô agora, de noite eu tenho que fazer a comida para mim (...) Eu faço arroz com uma carninha, às vezes, tomo

café”. Diz, também, que a empresa não fornece a alimentação, que ele é que tem que comprar, “até para o almoço ali tem que comprar, só dão o arroz e o feijão. A carne e a salada, o cara tem que comprar”.

Em relação ao **tratamento nutricional no horário de trabalho**, Getúlio nos contou que

[...] o próprio serviço não deixa fazer, por que a gente está sempre na estrada, tem dia que se alimenta uma vez, que vai direto, vamos supor uma viagem minha daqui a Chapecó, são 8, 9 horas, se pára na estrada, uma vez, se almoça muito rápido, o primeiro que tiver, então... não há respeito de você com você mesmo, vamos dizer assim, porque você vai comer uma carne gorda que tem ali naquele restaurante, que você não pode, você é obrigado a comer, porque não tem opção, tá? Às vezes, uma ou duas alimentação por dia às pressas, não tem como você, tentar fazer 5, 6 refeições, tá? E isso é o dia-a-dia...

O mesmo sujeito, referindo-se ao seu **horário de trabalho na empresa**, disse que geralmente trabalha

[...] das oito da manhã ao meio-dia, dá uma as cinco ou seis, mas é mentira, que dizer, porque se você está viajando, você às vezes trabalha 12, 15 horas, depende do cliente com que você está na coisa, se quer tocar direto, tá entendendo? E a gente é obrigado, não deveria,... porque a lei deveria amparar,... por lei a gente é amparado, principalmente uma pessoa que dirige. Vamos supor, eu vou falar da minha profissão hoje, atual, motorista, a gente tem que ter uma carga horária, por que você, no volante, numa estrada, então... tem o cansaço, tem tudo, mas a maioria das pessoas não respeitam, e você é obrigado a tocar, porque há reclamação e na firma eles não querem saber, eles mandam você embora, tá? E isso é o que mais acontece, quer dizer, o horário nosso é fictício, por que seria o horário real 8 horas de trabalho, mas não é, tá?

Quando lhe foi perguntado se quando não estava viajando, conseguia manter o tratamento nutricional, falou:

Não, não dá, por que a gente está na empresa, tá? Não tem como seguir, você não pode fazer, não tem aquela fruta, eles não deixam sair, para você fazer um lanche, só pode sair no seu horário de almoço, que é 1 hora por dia, tá? No horário do almoço, fora isso você não pode sair, se você sai, você fica marcado, ficam berrando, ficam chamando, onde é que tu tava? E é aquela coisa, tá entendendo? Uma pressão psicológica em cima da gente.

Getúlio relatou ainda que na empresa não têm refeitório e que são dois vales-transporte por dia, o que considerou errado. Sendo assim, achava difícil conseguir conciliar o tratamento nutricional e ambulatorial, “[...] porque eles não permitem, ali você tem que estar sempre 100% com a saúde, porque se você é 99%, você já está marcado, isso é uma expressão, mas é verdade[...].

E continuou contando as dificuldades dele e dos colegas de trabalho em relação à alimentação

[...] na empresa, na minha empresa tem uma coisa, tá? Eles só dão dois vales- transporte, um para vir de manhã e um para a noite, é uma empresa que tem 4000 ou 5000 funcionários, eu não sei se por lei isso é permitido. Uma coisa, eu moro nos Ingleses, tá? E uma coisa que eu tenho certeza que está errado, que muitas pessoas ali ficam sem se alimentar, eu já estou acostumado, se eu ficar..., como eu falei, né? Mas, a maioria..., e mesmo assim a gente com profissão de motorista, ficar um dia inteiro sem se alimentar, não há condições. Eu cheguei em casa duas vezes, quase, quase caindo, não de fome, mas porque a pressão estava altíssima, e a pressão alta, a diabetes, você sabe que dá tontura, dá tudo...

A profissão de **Getúlio** é desaconselhável para portadores de Diabetes Mellitus, porque, além de não favorecer o tratamento da doença, representa risco de vida para o portador e para terceiros, principalmente nas condições de descompensação em que o mesmo trabalha. Conforme suas próprias palavras: “eu cansei de estar viajando forçando, tonto, sem dizer nada, arriscando a minha vida e a dos outros, e eu ando tonto porque, por causa da diabetes e da hipertensão, só nessa jornada de trabalho no volante você tem que estar atento a tudo, tá?”

Arduíno (1980, p. 159), no clássico “Diabetes Mellitus”, pontuou:

Excluindo-se certas profissões que expõem a própria vida e a de terceiros, como motorista de transporte coletivo ou de cargas, piloto de avião, bombeiros, etc, qualquer outra pode ser exercida pelos diabéticos. É evidente que, se possível, devem ser evitadas outras profissões que, por sua natureza, impedem o cumprimento do horário das refeições e das injeções de insulina, ou que exijam esforços físicos intempestivos, como é o caso da vida militar ou das profissões que exigem viagens constantes.

Entretanto, este autor, ao relacionar trabalho e portadores de Diabetes Mellitus registrou que “desde que sejam convenientemente instruídos e obedeçam a certa disciplina, o desempenho dos portadores de Diabetes Mellitus, na maioria das situações é plenamente satisfatório e, às vezes, excepcional, não havendo razões para que empregador recuse sua colaboração”.

Getúlio continuou revelando suas impressões sobre o departamento médico da empresa:

[...] tem departamento médico, mas não tem orientação, tem lá um médico do trabalho. Eles só em último caso mandam para perícia, e se você volta para lá, que eu sei, pelo que eu vejo, geralmente a pessoa que veio da perícia eles não deixam muito tempo, mandam embora. Depois que

voltam, eles ficou olhando... e afastam da empresa, que não é interessante para empresa. Outra coisa que teria que mudar nas leis trabalhistas, não sei se vem ao caso, mas é outra coisa que deveriam mudar nas leis trabalhistas, dar uma chance a uma pessoa, um cardíaco, um diabético, uma pessoa que tenha um problema de hipertensão arterial ou sofra hipertensão, ou o qualquer doença comprovada, ele deveria ter uma segurança hoje no trabalho, tá?

Segundo a ADA (1998), os diabéticos têm maior dificuldade – como todos com doença crônica – de conseguir emprego. Os patrões preferem pessoas sem problemas de saúde para contratar, de modo que o portador de Diabetes Mellitus arruma emprego com dificuldade e o perde com maior facilidade.

A literatura especializada orienta que a pessoa não deve esconder o fato de ser portador de Diabetes Mellitus, para obter emprego, mas pode – e deve – dizer que se cuida, controla o Diabetes e é capaz de fazer tudo o que os outros fazem. Porém, na realidade, o medo de perder o emprego e da discriminação levam, muitas vezes, à omissão do fato de ser portador da doença à direção e ao departamento médico da empresa, como faz **Valter**: “Não, eles não sabem, porque os médicos não liberam, se eu for falar um troço desses aí, eles já vão.... Olha este cara é doente, daí... Eu fico quieto, né?”

Getúlio também explica a relação portador/direção da empresa/departamento médico da empresa/perícia:

[...] eles olham a pessoa doente ou que já esteve internada e que eles acham que não está produzindo para a empresa, eles mandam embora, tá? Os próprios médicos que fazem parte da perícia, também não respeitam, eles não são respeitadores de pessoas, das pessoas que estão doentes, eles olham, sem fazer um exame qualquer, e diz você já tá bom para trabalhar, e botam na ativa, mas eles não tiram nem uma pressão para diagnosticar, às vezes, não respeitam nem o laudo de outro médico que mandou aquilo,

tá? E muitas pessoas, eu tenho certeza, eu já vi, voltam para ativa sem ter as mínimas condições de trabalho, isto é verdade, é pura verdade, tá?

Acrescentou que o departamento médico da empresa:

[...] simplesmente te olha, se você tiver uma doença, ele manda uma carta lá para cima, e se você tiver alguma coisa, eles te mandam primeiro para a perícia. Te deixam na perícia, a gente sabe que a empresa não gasta nada, tá? E depois, se não servir, se você tiver doente; em todo departamento da empresa eles têm um controle dos funcionários com atestado e já sabe como é..., tá? Então, é rua, numa empresa, hoje em dia, não se pode estar doente, e mesmo que volte se já esteve fora, ficou em tratamento, alguma coisa, você vai ser olhado. Isso aí eu já vi acontecer com colegas meus, que voltou trabalhou dois, três meses, não sabe por que está sendo mandado embora. A alegação é a redução de gastos, e é mentira, porque logo a seguir eles contratam mais dois ou três funcionários, tá? Mas a alegação é sempre essa, a empresa está em contenção de despesa, tá? E não é verdade, isso aí acontece muito, principalmente com as pessoas, que tiveram problemas de saúde, isso aí é uma realidade, isso eu vi e vejo. Mas eu vi diversas vezes na empresa, pessoas indo embora, está voltando ao trabalho, mais uma vez eu insisto, sem ter condições, pessoas que gostam de trabalhar, e volto a afirmar, o brasileiro não é malandro, e é verdade isto que eu estou falando, tá?

Mendes (1988) permite identificar com suficiente nitidez que o trabalho pode comportar-se como importante determinante na produção e distribuição do processo saúde/doença. Outro ponto, levado em consideração por Mendes, é a qualidade dos serviços existentes, pois é preciso reconhecer que a obsessão pelo lucro, que, perceptível ou imperceptível, permeia toda a organização empresarial capitalista, acaba por contagiar os serviços de saúde ocupacional e, não raras vezes, manifesta-se em procedimentos de medicina do trabalho eticamente inaceitáveis.

Valter comentou com mágoa a experiência ao fazer uma perícia no interior do Estado de Santa Catarina. Depois de entregar ao médico o atestado, os resultados dos exames e algumas receitas:

Ele nem olhou para mim, mexeu no computador e ele só que respondeu que o computador não tinha acusado nada. Me deu vontade de perguntar para ele se ele era o médico ou era o computador. Até tem um cara que trabalha comigo, né, que queria entrar em coisa... prá botá o médico em processo, por causa desta conversa, eu disse: não, deixa, no fim o cara se incomoda, demora muitos anos prá vir...

Getúlio demonstrou sua indignação ao revelar o motivo dessa falta de respeito sofrida por alguns doentes crônicos em busca de tratamento:

Hoje a vida mudou completamente, nós estamos vivendo um momento, no mundo, de uma transição que está todo mundo, vamos dizer assim, de um modo geral, todo mundo maluco. Desemprego no mundo inteiro, fome, miséria, quer dizer..., tudo..., tem que haver uma sintonia nisso tudo, se não houver, ninguém mais respeita ninguém, tá? É muita procura e pouca oferta no mercado, tá? É o que está fazendo tudo isso aí... e o ser humano não está sendo respeitado, tá?

A fala de **Savana**, professora de escola particular, difere das demais. Sentiu-se confiante em dividir com a **empresa** o diagnóstico e suas preocupações com os sintomas da doença, contou que recebeu apoio **da chefia e dos colegas de trabalho**: “Na nossa Instituição existe todo um apoio para favorecer o indivíduo, porque sabe se o indivíduo não tá bem...”

Entretanto, disse que a volta ao trabalho depende mais de uma conscientização de sua parte em relação às limitações da doença.

Explicou que:

[...] a exigência de horário, de estar disponível, isto é a pior coisa, eu acho. Teria que ter uma disciplina muito grande da minha parte, uma consciência de dizer assim, eu vou atender de tal a tal horário e aqui eu tenho que parar. De mim, isto tem que vir de mim, de fora não vem nunca. E isto que eu não aprendi a fazer, né. Eu acho que o meu problema foi neste sentido [...] Porque os dois estados extremos tanto a hipo como a hiper causam muito mal-estar e a hipo me deixa muito impaciente. Isso é uma coisa que eu não posso sentir na minha profissão, eu não posso ficar impaciente com as crianças [...] Neste sentido que eu boto em risco o trabalho com as crianças, não que elas me prejudiquem, mas que eu venha a prejudicá-las por não estar dentro do meu eixo. Espero que com o tempo eu consiga ficar, mas por enquanto não estou.

Sobre a doença salientou que:

[...] às 9 horas da manhã, eu já começava a sentir os piripagues, a vista turva, as pernas bambas, tremedeiras, eu tinha que sair, deixar a turma com a ajudante, ia lá pra cozinha, ficava lá um tempo, então atrapalhava né... Voltava para casa a 1 hora da tarde, “cansadézima”, aí comia.

Na avaliação de **Savana**, o que mais dificultou o seu tratamento nutricional no trabalho foi o fracionamento e o horário das refeições, que não era compatível com as atividades que desempenhava:

Mais seria o atropelamento do horário. A gente fica tão envolvido, tem tanta coisa e aí quando vê, não comeu, tô numa conversa com uma mãe, tô orientando, sei lá se é 4 horas e eu tenho que parar para comer, não vou parar, não parei. [...] Eu acho que é mais neste sentido, porque eu acho que a dieta que a gente serve na nossa Associação é perfeitamente compatível com diabético, né?

Estudos sobre psicopatologias do trabalho, referem-se sobre essas questões:

Nova tecnologia de submissão de disciplinas do corpo, a organização científica do trabalho gera exigências fisiológicas até então desconhecidas, especialmente as exigências de tempo e ritmo de trabalho. As performances exigidas são absolutamente novas, e fazem com que o corpo apareça como o principal ponto de impacto dos prejuízos do trabalho (DEJOURS, 1998, p.19).

A mesma participante reafirmou que sentia muitas dificuldades em fazer o tratamento nutricional para Diabetes Mellitus no período de trabalho, principalmente em referência:

[...] a questão das refeições com ritmo, isso foi o que me incomodou. Ainda não é o que eu contornei totalmente. Como, às vezes, a jornada de trabalho atropela tudo, então eu não fazia direito, eu nunca cheguei a ficar sem almoço, mas às vezes almoçava na escola, então não repousava direito ou então não lanchava e ia comer assim 3 horas depois...

No entanto, o que se percebe, através dessa fala, é a compreensão diferenciada sobre a doença e a forma de lidar com a situação, que fica evidente nas palavras: “Talvez este tenha sido o maior aprendizado, fazer algo assim com certo ritmo. Mas nos primeiros meses foi meio confuso, às vezes eu conseguia, às vezes não, porque era mais importante ir na reunião de pais ou de professores...”

Savana é bem informada a respeito de sua doença, lê sobre o assunto, faz consultas periódicas, recebe orientações de profissionais de saúde e também de amigos que trabalham nesta área. Porém, relatou que, muitas vezes, estas orientações são inadequadas à sua vida pessoal e profissional.

[...] no 1.º mês eu fiquei sem insulina, porque foi diagnosticado como Diabetes II, até descobrirem que era Diabetes I... Quando eu comecei a tomar insulina começou a melhorar, mas, mesmo assim, até ajustar a dose,

eu tive estados bem ruins, então atrapalhava muito. E a alimentação, quando eu estava no meio da reunião eu ficava sem graça de estar comendo um sanduíche, porque a médica falou: então leva sempre um sanduíche na bolsa. Mas, geralmente é muito constrangedor, tá numa reunião com pais, tá comendo no meio da reunião, é estranho isto...

Savana continuou a revelar que “[...] no princípio foi bem difícil até porque é tudo novo, a sorte é que eu tenho uma amiga nutricionista que me orientou bastante, foi muito legal”.

Na maioria das vezes, há muita distância entre as orientações do profissional de saúde e a realidade dos portadores de Diabetes Mellitus. **Savana**, por exemplo, mesmo tendo acesso a diversos profissionais, aderiu com maior facilidade ao tratamento recomendado pela amiga nutricionista, certamente uma profissional que conhece bem seus hábitos.

Sobre as exigências feitas pelos profissionais de saúde, Patrício (1996, p. 99) registrou:

É importante procurar investigar a vida dos clientes em desequilíbrio, suas situações de desprazer e infelicidade do cotidiano, e com eles refletir possibilidades de mudanças. O policiamento dos profissionais da saúde causam, inclusive, situações de estresse nos clientes, colaborando para os agravos de sua saúde. É preciso, nestes casos, planejar com o cliente um processo de viver com possibilidades de felicidade-prazer, pois isso irá repercutir na saúde geral, irá fortalecê-lo para controlar a doença. Momentos de felicidade-prazer aumentam nossa capacidade imunológica, mexem com toda nossa estrutura química em favor do todo.

Outros participantes colocaram as limitações que encontraram em seguir o tratamento nutricional durante o período de trabalho.

Janete explicou que “[...] há três meses atrás, antes de montar o salão na minha casa, eu dependia de ir na lanchonete, às vezes não tinha adoçante, eu tinha que tomar café doce, às vezes não podia comer uma coisa, mas tinha que comer, porque tinha só aquilo na lanchonete”.

Ela acrescentou que, nessa área de alimentação, o bairro onde trabalha é um “pouco parado”; sendo assim, ela quase nunca comia adequadamente. E que hoje isso não acontece: “se eu não como bem é porque não quero, mas tenho consciência do que posso ou não comer. Tenho de tudo dentro de casa, e o meu marido é um que, três e pouco da tarde, chega com pãozinho, tudo direitinho para mim comer”.

Já **Otávio** revelou que sempre teve uma alimentação saudável, sempre cuidando da qualidade dos alimentos, que sabe da importância de lanches entre as refeições, mas esquece, por falta de hábito, ou do próprio serviço:

[...]a minha esposa coloca frutas ou suco na sacola que levo para o serviço, mas, às vezes, volta tudo. Recuso os alimentos oferecidos pelos clientes por vergonha. Não sinto nada; se tenho hipoglicemia, chupo uma bala. Antes não, comia de tudo em excesso, mas depois da recomendação médica, hoje só uma bala ou chocolate nesta hora.

Para os portadores de Diabetes Mellitus dependentes de insulina, como **Otávio**, o horário da alimentação é extremamente importante. O consumo de alimentos deve ser sincronizado com o tempo de ação da insulina.

Alencar contou que

[...] as atividades do meu trabalho (cozinheiro) não interferem no meu tratamento nutricional, quem deixa interferir sou eu mesmo, sou todo cheio de sistema para comer. Gosto de comer descansado, eu gosto de botar uma mesa, um copo de suco de um lado, uma fruta de outro...O meu

trabalho tá ali, é comida. Eu tenho todo tipo de alimento à disposição. O meu trabalho não me empata, **o que me empata é que eu vou ter que modificar o meu jeito de lidar com a coisa**, porque, ou eu como aquela hora mesmo em pé, correndo na volta de um fogão, ou fico sem comer; do jeito que eu gosto de comer, não dá mesmo...

Kanaane (1994, p.39) expressou que

Qualquer que seja a experiência vivenciada pelo indivíduo no ambiente organizacional ou social, afetará de forma sistemática os aspectos inerentes à personalidade humana de forma global, ou seja, suas emoções, seus sentimentos, seus pensamentos, raciocínio, razão e intuição.

Diante da riqueza de conhecimentos que foram construídos, contextualizados a partir das diferentes limitações e possibilidades reveladas pelos trabalhadores, um tema emergiu em todas as falas: conviver com Diabetes Mellitus obriga a recriar o cotidiano do processo de viver, em todas as dimensões (familiar, social, individual, trabalho).

De acordo com os objetivos do estudo, destaca-se somente as falas dos sujeitos que continham as mudanças ocorridas na dimensão do trabalho, quanto ao tratamento nutricional.

Otávio nos contou como foi essa transição:

No início da doença, entrei num regime bem disciplinado, me dei conta que era um doente crônico, tinha o problema da história familiar, comentei no trabalho e comecei a sentir a discriminação das pessoas, por ignorância. Depois que perdi esse emprego (na área de vendas), mandei currículos para muitos locais e nada. Aos poucos fui percebendo a discriminação e o preconceito pela doença e resolvi partir para outra coisa, não poderia ficar sem trabalhar aos 40 anos, com dois filhos para criar.

E continuou a falar das possibilidades que encontrou ao recriar seu cotidiano no trabalho, mudando de profissão:

Hoje até recomendo que quem for diabético e estiver desempregado, faça a minha profissão. A única coisa ruim é a parte tóxica das tintas, tenho satisfação em trabalhar porque tenho opção de escolher o lugar, tanto pelo ambiente quanto pelas pessoas. Procuro fazer o trabalho de forma que agrade o cliente. Meus clientes são todos selecionados, porque lembro que já precisei deste serviço e fui mal atendido. Já não me sinto discriminado, com as regras e formalidades das empresas. O trabalho não é estressante, o que contribui com o tratamento.

Para Patrício et al. (1999), o processo de trabalho desenvolvido pode transformar-se de sofrimento e obrigação em algo compensador e prazeroso. A liberdade do que fazer, quando e como, é imprescindível para a qualidade de vida das pessoas.

Segundo os mesmos autores, quando os indivíduos podem preparar o próprio cenário de trabalho, envolvem-se totalmente, identificando-se com o ambiente, tendo satisfação tanto no processo quanto no produto do trabalho, diminuindo e evitando, inclusive, situações de estresse no trabalho.

Alguns trabalhadores deste estudo têm o privilégio de organizar suas atividades com liberdade de escolhas, outros, não. O que se pode confirmar com as palavras de **Otávio**.

Valter revelou desejo de mudar de profissão devido às exigências da doença, porém surgiram outras limitações nas novas atividades:

Tem hora que eu penso em só pegar o serviço de vigia na firma, porque o de carpinteiro é mais pesado, né? E a comida é fraca para serviço pesado, mas também não dá, porque quando fico de vigia, eu fico mais cansado,

porque o cara não pode dormir de noite, né? Eu não consigo dormir direito de dia...

As satisfações que o ser humano tem com o trabalho estão relacionadas com os benefícios salariais, com a atividade que desempenham no salário e com as interações que este promove com os outros seres humanos e com o ambiente.

Segundo Patrício et al. (1999), o trabalho ao mesmo tempo provoca prazer, satisfação e situações contrárias; por exemplo: afastamento da família, desequilíbrio das necessidades de sono, repouso e lazer.

Já Savana explicou que mudou de profissão, hoje é artesã, porque não conseguiu conciliar o tratamento para Diabetes Mellitus com as atividades desenvolvidas. Trabalhando como professora, relatou as seguintes preocupações com os alunos:

Eu vejo como um impedimento continuar lá trabalhando, na mesma atividade, porque se eu entro em hipoglicemia, tenho que parar pra comer uns 20 minutos e me ausentar; 15 crianças querendo você, a minha consciência não ficaria tranqüila, por isso que eu falo que pode ser uma questão bem particular minha, né.

Optou por trabalhar com artesanato em casa, porém, as dificuldades quanto ao fracionamento de refeições continuam, segundo revelou: “Se eu tô envolvida lá em casa, lixando uma cama, uma mesa, pode acreditar que eu já esqueci que tinha que comer no meio da manhã, isto ainda acontece, e quando eu vejo já começo a ter... aí penso, é claro, eu não comi, né? Eu ainda me esqueço destas coisas...”.

Mesmo assim, disse: “[...] espero que, com o tempo, eu consiga ir me mantendo, mas ainda não cheguei lá, no momento é impossível continuar fazendo aquele tipo de atividade (trabalhar com crianças).”

Referindo-se ao tratamento nutricional durante o período de trabalho, **Janete** contou de que maneira recriou seu cotidiano:

[...] eu tô com o salão (de beleza) em casa, vê se tu me entende... Precisei mudar por causa do meu tratamento, para me cuidar mais. Disse que faz três meses que montou o salão em sua casa. Então, de manhã, eu tenho que fazer almoço, orientar a minha filha, ajeitar tudo...E daí eu trabalho só à tarde... Por um lado é bom, por outro é ruim, porque a gente participa de tudo, fica sabendo de tudo que acontece em casa, sei lá, eu não posso me incomodar, entendeu...

Desabafou que trabalhar em casa é diferente de trabalhar fora:

Em casa, eu fico junto, vendo tudo. E para quem tem doença, como eu tenho, tem que levar tudo em banho-maria... E quem que vive em banho-maria, me diz? Principalmente tando em casa, tem coisas que eu quero resolver, às vezes ligam e eu tento resolver as coisas do meu marido... E é o meu erro, eu participo muito, mas também, ser uma barata tonta, eu não quero ser, eu sempre participei, não quero ser discriminada, mas, ao mesmo tempo, estou bagunçando o outro lado da minha vida que é minha saúde.

Explicou que depois que mudou e passou a trabalhar em sua casa, está achando que decaiu um pouco, sente-se mais para baixo, desanimada, cansada, porque gostava de escolher a roupa e se arrumar para sair. Disse que isto fazia muito bem a ela, assim como também a conversa no serviço a alegrava muito:

Eu gostava de sair, gostava de conversar, passeava, só aquela saída até ao salão, era perto da minha casa, mas via gente diferente... Tinha ânimo para me arrumar...Ah! E agora [...] o que eu faço? [...] aquilo ali me fazia ficar para cima, agora tô em casa, não tenho mais vontade de me arrumar, qualquer coisa que se coloque, tanto faz sabe que vai ficar em casa... Não se faz mais aquela caminhadinha da gente, entendesse? Não tem aquele

hábito, ninguém que diga: eu vi a Janete hoje; outra dizia: ô, J. como você está bonita! A não ser meus clientes que batem à porta, entram e conversam, são 10 minutos, cortam o cabelo e vão embora... E aí novamente já cai na rotina, dentro de casa... Então, eu caí mesmo nestes três meses, tô para baixo...

De acordo com Patrício e Casagrande (1999, p.351), [...] assim, temos o trabalho também com o significado de catarse, como promotor de momentos estéticos no cotidiano de produção de recursos de sobrevivência e de transcendência. Pelo próprio trabalho o ser humano se transforma enquanto ser individual e coletivo.

A necessidade de encontrar as pessoas, que **Janete** descreve, remete também às concepções de Maffesoli (1998), quando caracteriza a “socialidade”: a pessoa (persona) representa papéis, tanto dentro da sua atividade profissional quanto no seio das diversas tribos de que participa. Mudando o seu figurino, ela vai, de acordo com os seus gostos (sexuais, culturais, religiosos, amicais) assumir o seu lugar, a cada dia, nas diversas peças do “theatrum mundi”. Analisando a questão da auto-estima, percebe-se importância da aparência, que esse mesmo autor diz ser “vetor de agregação”. E, nesse sentido, coloca a estética como um meio de experimentar, de sentir em comum, de reconhecer-se. Um exemplo claro de que, na vida cotidiana, “a profundidade pode ocultar-se na superfície das coisas”. No caso de Janete, era no cotidiano de trabalho, na sua “caminhadinha” diária, onde encontrava pessoas que a elogiavam, que ela superava suas insatisfações. Esse era o seu “respiradouro”.

Então, pergunta: “o que eu faço da minha vida? Eu tô me sentindo assim, que nem um passarinho preso numa gaiola, é assim que eu tô me sentindo agora em casa”.

Pensando na história que foi contada pelos trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus, foi interessante juntar segmentos dos seus discursos e fazer a síntese de alguns casos.

Janete mudou o seu cotidiano de trabalho montando o salão de beleza em casa, para se cuidar mais, se alimentar melhor. O novo cotidiano conseguiu resolver essas questões, porém ela passou a “sentir-se caída”, “presa numa gaiola”, se envolvendo com os problemas que não se envolvia quando trabalhava longe de casa (principalmente, financeiros do marido, da empregada, etc) e triste por deixar de dar sua “caminhadinha” e conversar com colegas de trabalho e amigos que encontrava pelo caminho. Não agüenta mais, está pensando em mudanças novamente...

Otávio mudou de profissão, de representante de vendas para pintor e sentiu-se melhor, porque, entre outras vantagens encontradas, pode escolher seus clientes, não sofre mais a pressão para alcançar as metas de vendas das empresas, porém aponta o problema da toxicidade das tintas e de continuar se esquecendo de se alimentar em intervalos de três em três horas, enquanto está trabalhando.

Valter, como carpinteiro, achava o serviço pesado e a alimentação “fraca” para sua condição de portador de Diabetes Mellitus. Tentou ser vigia, mas sentiu seu sono prejudicado. Hoje, alterna as duas profissões, dependendo do seu estado de saúde. Enfim, **Getúlio, Simone e Alencar** também viveram situações semelhantes.

A vida no mundo do trabalho é cheia de obstáculos, na condição de doente crônico, as barreiras são, ainda, maiores. Ao final da análise e discussão dos dados, foi interessante descobrir o processo de viver dos portadores de Diabetes Mellitus como um **círculo contínuo**. Nos participantes, de um modo geral, o início deste processo se deu ao sentirem as primeiras alterações físicas (sentindo as alterações físicas e/ou emocionais), a

seguir foram diagnosticados (reconhecendo-se como portador de Diabetes Mellitus) e continuaram sentindo as alterações. Ao serem diagnosticados, elaboram significados (re-significando com limitações e possibilidades), e então, devido às exigências da doença, precisam encontrar um caminho para adaptarem-se à nova condição (caminhos). A próxima etapa inclui a necessidade de fazer o tratamento para Diabetes Mellitus (mudando hábitos/tratamento) e, assim, transformam a sua vida; têm que recriar o cotidiano do processo de viver (recriando o cotidiano), no caso, a ênfase se deu no cotidiano de trabalho (Figura 3).

Porém, no parâmetro da continuidade, observou-se que, ao recriarem o seu cotidiano, os portadores de Diabetes Mellitus começaram a vivenciar outras situações inusitadas, com outros significados, com outras exigências e novas mudanças e que estão buscando superar, lutando, trabalhando até encontrarem o seu “ponto” de convivência saudável com a doença. Pensando coletivamente, nos portadores de doenças crônicas em geral, sabe-se que alguns encontram esse “ponto” no processo de busca, outros passam a vida buscando, mas morrem sem encontrá-lo.



Fig. 03 – O processo de viver de portadores de Diabetes Mellitus: buscando o ponto de convivência saudável com a doença.

A análise do processo de viver dos portadores de Diabetes Mellitus, remete às concepções da Teoria dos Sistemas Vivos, de Bateson, Maturana, Prygogine (*apud* CAPRA,1981; PATRÍCIO,1999). Acredita-se “a criatividade é o elemento principal da evolução”. E, entende-se que criatividade não é somente ter idéias, mas a síntese de fantasia e realização. Portanto, agindo desta maneira, com o tempo cada um consegue encontrar equilíbrio no seu processo de viver, achar o seu ponto de convivência saudável com a doença. Sempre existirão situações novas e todos os seres vivos se “adaptam, evoluem com criatividade e transcendem”.

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pressupostos deste estudo foram validados, principalmente o referente às limitações que trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus podem ter quanto à manutenção do tratamento nutricional no âmbito do trabalho. As contribuições da literatura e a descrição e interpretação dos dados, através do processo de análise - reflexão - síntese, mostraram que os significados de ser portador de Diabetes Mellitus possuem situações relativas e diferentes. Da mesma forma que também são relativas e diferenciadas as visões de mundo e os hábitos das pessoas que participaram desta pesquisa. Mas, mesmo que cada história seja única é, freqüentemente, influenciada pelo contexto social em que é vivida. Esta percepção está fundamentada no conceito de cultura de Geertz (1989), onde cultura é compreendida como expressão humana frente à realidade, e como rede de significados elaborados pelos indivíduos para que possam entender, agir, perceber e organizar o mundo em que vivem.

No mundo do trabalho, o estudo evidenciou que as limitações dos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus em manter o tratamento nutricional variam de acordo com o contexto em que os mesmos atuam – empresas de terceiros ou empresas próprias - e são relacionadas a diversos aspectos; entre outros, podemos citar: alimentares, sociais,

culturais, econômicos. Sem esquecer, porém, o compromisso mútuo de responsabilidade entre portadores e organizações.

Em síntese, apresento as principais limitações, partindo de pressupostos e indo até o percebido, o vivido pelos portadores de Diabetes Mellitus deste estudo:

- ❖ O ritmo e jornada de trabalho, muitas vezes, impedem refeições nos horários e fracionamentos adequados;
- ❖ A política da empresa quanto à quantidade e qualidade da alimentação servida aos funcionários, ou ao tempo e as condições disponíveis para que os mesmos possam alimentar-se, nem sempre é a mais indicada;
- ❖ Os recursos para o tratamento da doença em geral (controle clínico, retorno periódico a consultas, alternativas na rede pública) são limitados;
- ❖ Algumas profissões ou cargos ocupados enfrentam maiores obstáculos na manutenção do tratamento nutricional;
- ❖ A rigidez do padrão alimentar não favorece as mudanças necessárias ao tratamento nutricional, após o diagnóstico da doença;
- ❖ O preconceito e a discriminação presentes no ambiente de trabalho dificultam o tratamento da doença, na medida que causam constrangimento em seguir os procedimentos ou medo de perder o emprego, caso revelem sua condição;
- ❖ A situação financeira dos trabalhadores influencia a adesão e manutenção do tratamento nutricional;
- ❖ A distância entre as orientações dos profissionais de saúde e a realidade dos portadores de Diabetes Mellitus, existente na maioria dos casos.

Devido a estas limitações, os indivíduos buscam outros caminhos, por isso o tema emergente “recriando o cotidiano em busca da convivência saudável”.

A reflexão pela luta em busca do equilíbrio, do “ficar bem” com a doença, narrados pelos portadores, trouxe a sensação de que este processo é contínuo. O Referencial Holístico – Ecológico entende a vida como uma teia de inter-relações dinâmicas, um círculo contínuo, tem uma nova visão do mundo e de uma ciência mais abrangente como apoio, que não fragmente os fenômenos para interpretá-los, mas que consiga olhá-los como um todo. Ponderando que há milhões de relações no mundo, cada uma envolvendo uma interdependência, essa teia de relações é essência de todos os seres vivos. Segundo Capra (1981), a mudança estrutural contínua, a estabilidade no padrão de organização do sistema e a tendência dos seres humanos a se superarem constituem a própria dinâmica evolutiva.

Considerando, ainda, a rede de conexões existente no universo, pode-se afirmar que a evolução do indivíduo é muito mais que adaptação ao meio ambiente, que também é um organismo que evolui e se adapta criativamente, então um se adapta ao outro; eles co-evoluem.

Finalmente, é importante lembrar a ciência da Nutrição e, mais especificamente, o tratamento nutricional para portadores de Diabetes Mellitus. É só um ponto na imensa teia da vida, nessa teia de relações interdependentes. Exemplificando uma delas - o ser humano depende do alimento, o alimento da terra, a terra do céu e o céu do universo. Todos se mantêm, se renovam, se transcendem. O portador de Diabetes Mellitus, do mesmo modo, só que necessita, para sua sobrevivência, tratamento diferenciado, a sua condição requer outras exigências, um pouco mais de espaço para se cuidar (se quiser, é evidente). Quando o profissional enxerga o ser humano desta forma, começa a perceber a

complexidade que envolve este processo de vida, este círculo contínuo em busca do “ponto de convivência saudável com o Diabetes Mellitus”.

É difícil enxergar assim? E a nossa criatividade como profissionais de saúde? E a dos empresários? E a dos gestores? Não parece que estamos tratando todos como iguais e não respeitando as diferenças individuais e coletivas? Será que os portadores de Diabetes Mellitus seguem as orientações dos profissionais de saúde? Ou não as seguem porque não conseguem? Por que encontram tantas limitações? Nós, profissionais de saúde, estamos procurando conhecer a realidade dos clientes?

Estas indagações questionam a “nossa atuação e as nossas atitudes perante a ciência, o trabalho, os seres humanos e a vida” (GROSSEMAN, 2001, p. 262). Acredito que precisamos recriar, repensar nossos objetivos.

Este estudo permitiu ampliar conhecimentos e experiências extremamente gratificantes.

Apreendi que o ser humano é um ser de transcendência. Recriando o cotidiano e recriando a si próprio, o ser humano é um horizonte de possibilidades diante das limitações. Muitas reflexões foram somadas àquelas que eu já trazia. Registrei, neste ano de convívio, muitas observações o que me possibilitou um olhar sob outra perspectiva. A ida à casa dos sujeitos ou a outros lugares de sua preferência, aproximou-me e muito me auxiliou a ampliar minha visão sobre os portadores de Diabetes Mellitus. Percebi um cotidiano do sujeito, diferente daquele, como é colocado no hospital onde trabalho, frente ao profissional de saúde. Estes momentos ajudaram-me enquanto investigadora a interagir com o investigado, conhecer mais a realidade das pessoas que trato, me fez ver novas formas de cuidar, possibilitando algo único que ocorre em cada estudo de pesquisa qualitativa – a transformação do pesquisador e a dos sujeitos.

Entretanto, com intenção de buscar as categorias nos depoimentos, corri o risco de reduzi-las e talvez as tenha limitado ao interpretá-las. A intencionalidade dos fenômenos ocorreu em perspectivas, e eu, enquanto nutricionista e pesquisadora, pude percebê-los sob o meu ponto de vista, que é somente “a vista de um ponto” (BOFF, 1998, p. 9). Esse fenômeno, contudo, torna-se infinito quando exposto a outros olhares. Além deste, outro fator limitante foi a dificuldade de encontrar literatura específica, relacionando Ergonomia e Diabetes Mellitus, embora isoladamente os dois temas sejam muito discutidos. Se bem que, para a pesquisa qualitativa, tal dificuldade não se traduz em obstáculo para o estudo, o que realmente importa são os fenômenos no contexto que se objetiva investigar.

Finalizando, baseada na riqueza dos conhecimentos contextualizados a partir das contribuições dos sujeitos e das reflexões e indagações que emergiram desta pesquisa, pontuo algumas sugestões, visando colaborar com profissionais de saúde, responsáveis por cursos de formação em áreas afins e gestores de capital humano e, ainda, possibilitar trabalhos futuros sobre os temas que surgiram deste estudo.

- ❖ Que se estimulem estudos nas ciências da saúde, humanas e sociais, estreitando vínculos entre essas áreas, aprofundando o conhecimento e a busca de novas formas de pensar e compreender o ser humano nas diversas dimensões de sua vida;
- ❖ Que se utilize mais o método de pesquisa qualitativo e, em especial, a abordagem “Holístico-Ecológica”, nas áreas de conhecimento que centralizem o ser humano, de forma que a ciência possa aliar a construção

dos saberes com a subjetividade do ser humano e a complexidade da realidade;

- ❖ Que se divulgue o Referencial do “Cuidado Holístico-Ecológico” nos currículos de graduação e na prática da Nutrição, visando melhorar a abordagem da relação nutricionista-cliente;
- ❖ Que se pense em prevenção das doenças crônico-degenerativas, através da educação nutricional, nas escolas, desde o ensino fundamental, nos programas de governo e na mídia, usando a aliança da ciência ao senso comum, em prol de um viver mais saudável;
- ❖ Que ao portador de Diabetes Mellitus seja dada a possibilidade de ser sujeito da sua história, de viver sua existência, de ter escolhas, de poder opinar sobre suas decisões, seu direito de compreender e ser compreendido, enfim, de viver sua saúde e a sua doença, sua liberdade e sua cidadania, conforme sua visão de mundo;
- ❖ Que se discuta que ser portador de Diabetes Mellitus é ter que buscar um “ponto” de convivência saudável com doença através de caminhos com possibilidades e limitações. É conviver com as ambigüidades; é viver o controle; é lutar contra o desejo; é viver a transgressão; é conviver com a culpa, o preconceito, a discriminação, recriando o cotidiano, possuindo esperanças e acreditando num futuro melhor;

- ❖ Que se reflita na sociedade como um todo que ser portador de Diabetes Mellitus pode emergir também como positividade. É ter uma nova concepção de saúde, na qual a doença se insere como ponto de criação para a mudança de hábitos inadequados, para a busca da convivência saudável com essa nova situação e da convicção de que ser portador de Diabetes Mellitus é ser uma pessoa saudável, experienciando um processo de viver diferente;

- ❖ Que, na ausência da cura do Diabetes Mellitus (o que parece ainda distante), nós, profissionais de saúde, utilizemos todos os instrumentos à disposição para efetuar uma acentuada virada nos prognósticos da doença. Isto, sem dúvida, incorpora a educação e a motivação dos portadores, bem como as de nós mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALIMENTOS saudáveis: alimentos perigosos. Guia prático para uma alimentação rica e saudável. Rio de Janeiro: Reader's Digest, 1998.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diabetes de A a Z: o que você precisa saber sobre diabetes.** Tradução Olavo Antônio Brito. São Paulo: JSN, 1998.

ANGERAMI-CAMOM, V. A. (Org.) **Psicossomática e a psicologia da dor.** São Paulo: Pioneira, 2001.

ARDUINO, F. **Diabetes Mellitus.** 3. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1980

ASOCIACIÓN LATINO AMERICANA DE DIABETES - ALAD. **Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la Diabetes Mellitas no insulina dependiente.** Buenos Aires: Antartica, p. 7-11, 1995.

BETTO, F. Pós-Modernidade e Novos Paradigmas. In: **Ethos Reflexão.** v. 1, n. 3, nov. 2000. São Paulo. Disponível em: <<http://www.ethos.org.br>>. Acesso em 08 dez. 2001.

BOFF, L. **Ecologia: grito da terra, grito dos pobres.** São Paulo: Ática, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Diabetes.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para o diabético.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993

BRASIL. SÃO PAULO. Lei nº 10.782, de 9 de março de 2001. Define diretrizes para uma política de prevenção a atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. São Paulo.

BRASIL. SANTA CATARINA. Projeto de Lei nº 235, de 26 de junho de 2001. Define diretrizes para uma política de prevenção a atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. Santa Catarina.

BÚRIGO, C. C. D. **Qualidade de vida no trabalho: dilemas e perspectivas**. Florianópolis: Insular, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1989.

_____. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix/Amana-Key, 1998.

CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997.

CHANLAT, J. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. Organização: Ofélia de Lanna Sette Tórres. São Paulo: Atlas, 1992.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. e HITOMI, A. H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

CREMA, R. A abordagem holística: integração do método analítico e sintético. In: BRANDÃO, D. M. S.; CREMA, R. **O novo paradigma holístico: ciência, filosofia, arte e mística**. São Paulo: Summus, 1991.

D'AMBRÓSIO, U. A transdisciplinaridade como acesso a uma história holística. In: WEIL, P.; D'AMBRÓSIO, U.; CREMA, R. **Rumo à nova transdisciplinaridade**. São Paulo: Summus, 1993.

DAVIDSON, M.B. **Diabetes Mellitus**. Tradução de Raymundo Martagão Gesteira. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho** 5. ed. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. Rio de Janeiro: Cortez, 1998.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1990.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

FIALHO, F. A. P. e SANTOS, N. **Manual de Análise Ergonômica no Trabalho**. 2 ed. Curitiba: Gênese, 1997.

FRAIGE FILHO, F. Desafios e sucessos da Campanha de Diabetes do Ministério da Saúde. **Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 71-72, 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GILL, T. M., FEINSTEIN A. R. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. **Journal of American Medical Association**. USA, v. 8, n 24, p. 31-272, 1994.

GROSSEMAN, S. **Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico**. 2001. 282 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

KAGAN, A. R.; KAGAN, J. D. The quality of which life? **American Journal of clinical Oncology**, v. 6, p. 117-118, 1983.

KAHN, C. R.; WEIR, G. C. **Joslin's – Diabetes Mellitus**. USA: Williams & Wilkins, 1994.

KANAANE, R. **Comportamento Humano nas Organizações: o homem rumo ao século XXI**. São Paulo: Atlas, 1994.

KRAUSE, M; MAHAN, L. K.; ARLIN, M. T. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 8. ed. São Paulo: Roca, 1995.

KRAWULSKI, E. **Evolução do conceito de trabalho através da história e sua percepção pelo trabalhador de hoje**. 1991. 121f. Dissertação (Mestrado) – Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MARCHINI, J.; OLIVEIRA, J. **Ciências Nutricionais**. São Paulo: Savier, 1998.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, v.22, n.4, p.311-26, 1988.

MICHAELIS 2000. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Reader's Digest; São Paulo: Melhoramentos, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MONTMOLLIN, M. **A Ergonomia**. Tradução de Joaquim Nogueira Gil. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

NOTÍCIAS das Associações. **Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 133-134, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Temas de salud de A a Z**. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em 08 dez. 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Educación sobre Diabetes: disminuycamos el costo de la ignorancia**. Washington: OPS, 1996.

PATRÍCIO, Z. M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica**. Florianópolis, 1995. 215f. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel, 1996.

PATRICIO, Z. M. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas: possibilidades éticas e estéticas nas interações ser humano-natureza-cotidiano-sociedade. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J., L; ARAUJO, M. F. (Org.) **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor, 1999.

PATRICIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L. A busca de satisfação no processo e no produto viver: a qualidade de vida do trabalhador na complexidade das interações do cotidiano. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J., L; ARAUJO, M. F. (Org.) **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor, 1999.

PATRICIO, Z. M.; CASAGRANDE J. L.; ARAUJO, M. F. (Org.). **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor, 1999.

POLITO, F. M. **O Significado da obesidade na qualidade de vida do trabalhador obeso**: vivendo preconceitos e buscando reconhecimento. 2001. 111f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RODRIGUES, Marcus Vinicius Carvalho. **Qualidade de Vida no Trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995

ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANTANA, M. G. **O corpo do ser diabético, significados e subjetividade**. 1998. 213f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, N., FIALHO, F. **Manual de análise ergonômica no trabalho**. 2. ed. Curitiba: Gênese, 1997.

SELL, I. **Ergonomia e qualidade de vida no trabalho.** In: SEMINÁRIO SUL BRASILEIRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 8., 1994. Florianópolis.(Apostila).

SILVA, D. M. G. **Narrativas do viver com Diabetes Mellitus: experiências pessoais e culturais.** Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. Série teses em enfermagem, n. 27.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Educação em Diabetes no Brasil: Guia básico para diagnóstico e tratamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Recomendações da SBD.** Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 20 out. 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 2001. (Série teses em enfermagem, n. 27).

VAN WAY III, C. **Segredos de Nutrição.** São Paulo: Artmed, 2001.

VIEIRA, C. M. et al. **Educação para autonomia no cuidado em Diabetes.** In: SIMPÓSIO SUL BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC.

WEIL, P.; D'AMBRÓSIO, U.; CREMA, Roberto. **Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento.** São Paulo: Summus, 1993.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia: método & técnica.** Tradução de Flora Maria Gomide Vezza. São Paulo: FDT: Obore, 1987.

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS

HISTÓRIA ALIMENTAR DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Título do Estudo: **O TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Mestranda: **Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso**

Orientadora: **Zuleica Maria Patrício, Dra.**

DADOS GERAIS DO SUJEITO DE PESQUISA

Sexo: _____ Estado Civil: _____ N° filhos: _____ Idade: _____ Local Nasc: _____

Procedência: _____ Etnia: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Tempo de Serviço: _____ Local: _____

Uso de medicamentos: S N Quais: _____

Atividade física: S N Qual: _____ Frequência: _____

Tempo/Horário: _____ Diabético há: _____

ENTREVISTA

- 1) O que significa para você ser portador de Diabetes Mellitus? _____
- 2) Como eram seus hábitos alimentares antes do Diabetes Mellitus? _____
- 3) Como estão os seus hábitos alimentares após saber que é portador de Diabetes Mellitus? _____
- 4) Como as suas atividades no trabalho influenciam o seu tratamento nutricional? _____

Local: _____ Início: _____ Término: _____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso atual: _____ Peso teórico: _____ Altura: _____ IMC: _____

Diagnóstico nutricional: _____

Gasto energético basal: _____ Gasto energético total: _____

	Hábitos alimentares no horário de trabalho	Hábitos alimentares fora do horário de trabalho	Análise
A N T E S D O D I A G N Ó S T I C O D E D I A B E T E S			

	Hábitos alimentares no horário de trabalho	Hábitos alimentares fora do horário de trabalho	Análise
D E P O I S D O D I A G N Ó S T I C O D E D I A B E T E S			

**ANEXO B - CARTA DE APRESENTAÇÃO E SOLICITAÇÃO DE
PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES PORTADORES DE DIABETES
MELLITUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**Título do Estudo: O TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL DE
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Mestranda: Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso

Orientadora: Zuleica Maria Patrício, Dra.

Florianópolis, ____ de ____ 2001.

Ilmo.(a) Senhor (a):

Trabalhador (a): _____.

Sou integrante do TRANSCRIAR – Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável e estou realizando uma pesquisa de dissertação de Mestrado, no Curso de Engenharia de Produção da UFSC, na Área de Ergonomia, que tem o título provisório de O TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS, sob a orientação da Dra. Zuleica Maria Patrício. Para concretizar este estudo, será de fundamental importância entrevistar alguns trabalhadores que concordem em participar do mesmo.

Desta forma, solicito sua participação como sujeito da pesquisa.

Desejo ainda seguir os preceitos éticos assim relacionados:

- Os sujeitos aderem voluntariamente ao estudo, cientes de seus objetivos e finalidades;
- As identidades dos sujeitos serão protegidas (pode ser da escolha dos sujeitos entrevistados, utilizar um nome fictício para representá-los);
- Os sujeitos deverão ser tratados com respeito; ou seja, não haverá registro de qualquer questão pela qual o sujeito não esteja de acordo;
- Os resultados serão baseados nos dados, sem distorções.

Atenciosamente,

Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOS
TRABALHADORES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**Título do Estudo: O TRABALHO E O TRATAMENTO NUTRICIONAL DE
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Mestranda: Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso

Orientadora: Zuleica Maria Patrício, Dra.

Florianópolis, _____ de _____ de 2001.

Ciente do conteúdo e preceitos éticos da pesquisa a ser realizada, concordo em participar das entrevistas a respeito do tema em questão.

Trabalhador (a)

Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso

**ANEXO D – CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)
E GASTO ENERGÉTICO TOTAL (GET)**

VALOR	CLASSIFICAÇÃO
<16	Magreza grau III
16 – 16,99	Magreza grau II
17 – 18,49	Magreza grau I
18,5 – 24,99	Eutrofia
25 – 29,99	Pré-obesidade
30 – 34,99	Obesidade grau I (Obesidade)
35 – 39,99	Obesidade grau II (Grande obeso)
> 40	Obesidade grau III (Obesidade mórbida)

Fonte: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Temas de salud de A a Z*. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em 08 dez. 2001.

TAXA DE METABOLISMO BASAL (TMB)

HOMENS		MULHERES	
IDADE	KCAL / DIA	IDADE	KCAL / DIA
18 – 30	$15,3 \times P + 679$	18 – 30	$14,7 \times P + 496$
30 – 60	$11,6 \times P + 879$	30 – 60	$8,7 \times P + 829$

Fonte: FAO/OMS 1985

FATOR ATIVIDADE (FA)

	M. Leve	Leve	Moderada	Intensa
HOMENS	1,40	1,55	1,78	2,10
MULHERES	1,40	1,56	1,64	1,82

Fonte: FAO/OMS 1985

ANEXO E – PROJETO DE LEI Nº 235/01, 26 DE JUNHO DE 2001.

Define diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências.

Artigo 1º - O Sistema Único de Saúde – SUS prestará atenção integral à pessoa portadora de diabetes em todas as suas formas assim como dos problemas de saúde a ele relacionados, tendo como diretrizes:

I – a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação da sociedade na definição e no controle das ações e dos serviços de saúde, nos termos da Constituição Federal, Constituição Estadual e suas leis reguladoras;

II – a ênfase nas ações coletivas e preventivas, na promoção da saúde e qualidade de vida, na multidisciplinaridade e no trabalho intersetorial em equipe;

III – o desenvolvimento de instrumentos de informação, análise, avaliação e controle por parte dos serviços de saúde, abertos à participação da sociedade.

IV – o apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para o enfrentamento e controle do diabetes e dos problemas a ele relacionados, e seus determinantes, assim como para formação permanente dos trabalhadores da rede de serviço de saúde.

V – o direito à medicação e aos instrumentos e materiais de auto-aplicação e autocontrole, visando a maior autonomia possível por parte do usuário.

Artigo 2º - As ações programáticas referentes ao diabetes, em todas as suas formas, assim como aos demais fatores de risco ou problemas de saúde a ele relacionados, serão definidas em Norma Técnica a ser elaborada por um Grupo de Trabalho coordenado pela

Secretaria de Estado de Saúde, garantida a participação de entidades de usuários, universidades públicas, representantes da sociedade civil e profissionais ligados à questão.

Parágrafo 1º - O Grupo de Trabalho previsto no “caput” deste artigo será previamente apresentado ao Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo 2º - A Secretaria de Estado de Saúde garantirá ao grupo de Trabalho o apoio técnico e material que se fizer necessário.

Parágrafo 3º - O Grupo de Trabalho terá como princípio o respeito às peculiaridades e especificidades regionais e locais aos respectivos Planos Municipais e Regionais de Saúde, sendo o resultado de seu trabalho um instrumento técnico orientador fundado nos princípios elencados nesta lei.

Parágrafo 4º - O Grupo de Trabalho terá prazo de 180 (cento e oitenta dias), após sua constituição para apresentar proposta de Norma Técnica que estabeleça diretrizes para uma política e atenção à saúde da pessoa portadora de diabetes.

Parágrafo 5º - A proposta de que trata o § 4º, será apreciada em Audiência Pública, previamente convocada para este fim, e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde.

Artigo 3º - A direção do SUS, estadual e municipal, garantirá o fornecimento universal de medicamentos, insumos, materiais de autocontrole e auto-aplicação de medicações, além de outros procedimentos necessários à atenção integral da pessoa portadora de diabetes.

Artigo 4º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de recursos orçamentários próprios.

Artigo 5º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

